Fernando Lolas Stepke



FUNDAMENTOS PARA UNA TEORÍA DE LA MEDICINA

NIRAM ART
Madrid * London * New York



FUNDAMENTOS PARA UNA TEORÍA DE LA MEDICINA



Fernando Lolas Stepke

FUNDAMENTOS PARA UNA TEORÍA DE LA MEDICINA



NIRAM ART
Madrid * London * New York

1ª — Edición España: **NIRAM ART EDITORIAL** - 2015
Madrid * London * New York

Editor: *Thomas Abraham*

Título: FUNDAMENTOS PARA UNA TEORÍA DE LA MEDICINA
Autor: Fernando Lolas Stepke
Portada: Diseño gráfico por *Javier García Gascón*
Ilustraciones de la portada: *Martha Strauss*
Sin Título/digital art 2015
Paginación: *Sofía D'Addezio*
Producción gráfica: *Javier García Gascón*
Maquetación: *White Family S.L.*



NIRAM ART EDITORIAL
Madrid * London * New York

www.editorialniramart.espacioniram.com
www.espacioniram.com

ISBN 13: 978-84-944217-3-0

Imprime: Amundo
Impreso en Unión Europea / Printed in EU

ÍNDICE

Presentación 09

PRIMERA PARTE 13

HACIA UNA TEORÍA DE LA MEDICINA COMO DISCIPLINA Y COMO PROFESIÓN 13
"Objetos" y "Observadores"
Validez, verosimilitud, legitimidad
La totalidad como perspectiva de descubrimiento
La profesionalización de la ciencia y de la técnica
Las reducciones de la medicina como disciplina y como profesión
Invariantes de la medicina: intrínsecas y extrínsecas
A la búsqueda de un estatuto teórico
La medicina, ciencia de acciones
Las acciones del médico, viñetas ilustrativas
Objetivando científicamente el sufrimiento
Hegemonía de la iatromedicina
Los límites de la medicina
La racionalidad de la medicina
El sistema de la medicina iatrotécnica (biomedicina)
Iatrotecnicos en accion. Viñetas
La dimension social de la medicina
Hacia un buen modelo para la medicina
Referencias
Notas

SEGUNDA PARTE 70

LA INTEGRACIÓN ENTRE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES. UN ROL PARA METATEORÍAS 70
Referencias
SOBRE LA "SITUACIÓN BÁSICA" DE LA MEDICINA 80
Referencias
BIOMEDICINA Y CALIDAD DE VIDA: UN ANÁLISIS TEÓRICO 84
Las rotulaciones de la enfermedad y la biomedicina
Calidad de vida y multidimensionalldad de la medicina
Referencias
LA FUNCIÓN TESTIMONIAL DEL MÉDICO 93
Bioética y humanidades médicas
Ciencias de objeto y ciencias de acciones
Diferentes formas de praxis
La racionalidad bioética y la "perspectividad" de la medicina
El papel testimonial
La medicina como ciencia social
Referencias

POSTURA PUBLICITARIA Y POSTURA COMUNICATIVA:
HACIA UNA ÉTICA DE LA PUBLICIDAD EN MEDICINA 103
Ética de la comunicación y ética de la publicidad
Hacia una determinación de la publicidad
Las formas de la dolencia
Necesidad de una axiografía
Notas
TECNOLOGÍA BIOMÉDICA. CALIDAD DE VIDA
Y IMPLICACIONES ÉTICAS 112
La biomedicina como iatrotécnica
Innovación iatrotécnica y ética
Calidad de vida y tecnología biomédica: el caso de las enfermedades cardiovasculares
La biomedicina como sistema cultural
Ética activa y no reactiva
Comentarios finales
Referencias
LAS METÁFORAS DE LA RAZÓN MÉDICA 125
¿Es la medicina una ciencia de objetos?
Praxiología o ciencia de acciones
Del espacio tridimensional al multidimensional
Función de la teoría en medicina
Referencias
PATOLOGÍA TEÓRICA Y ANTROPOLOGÍA MÉDICA 131
Patología teórica y metateoría médica
Antropología médica: sentido y alcances.
Antropología abierta y antropología cerrada
Referencias
PERSPECTIVAS BIOPSICOSOCIALES
SOBRE LA ENFERMEDAD CRÓNICA 139
Introducción
Sobre la cronicidad
El rol de enfermo, la conducta en la enfermedad y el rol de paciente
Acontecimientos vitales y personalidad
Recapitulación y comentario final
Referencias
DE LA CIENCIA, EL IDIOMA Y LA PSIQUIATRÍA 153
Notas
La psiquiatría como saber-hacer
Sanar y curar

PRESENTACIÓN

Ofrezco este libro como se ofrece una movida en una partida de ajedrez. Como no he inventado el juego ni inicié la partida, no abrigo la ambición de inaugurar una revolución ni de cerrar un ciclo. Sólo deseo que se entienda que ésta, que es movida táctica, responde a una estrategia que juzgo razonable, y a la que quisiera ver ennoblecida con el apelativo de teoría.

Una teoría es dos cosas simultáneamente. Por una parte, compacto resumen de observaciones, que anticipa otras. Pero también es contemplación, espectáculo. No en vano podemos asociarla con "teatro", con visión.

La teoría a que aludo no es una teoría "de" la medicina, sino "para" la medicina. Este fraseo indica que, como táctica, este libro pretende convertirse en herramienta para plantear preguntas y en acicate para que otros sigan preguntando.

En este libro mezclo reflexiones con lo que llamo "viñetas". Éstas son descripciones más o menos ficticias que cumplen propósitos de ilustración y me eximen de explicitar todo lo que quiero decir. Confío que las resonancias y connotaciones despertadas por estas viñetas hablen por sí solas. Su inclusión recuerda la sentencia kantiana: *Gedanken ohne Inhalt sind leer, Anschauungen ohne Bregriffe blind* (Los pensamientos sin contenido son vacuos, las visiones sin conceptos, ciegas). Hoy como entonces, esta máxima mantiene su vigor. El contrapunto entre texto y viñeta no es sólo artificio para mantener la atención del lector sino, especialmente, sístole y diástole de la reflexión, que así adquiere distancia de sí misma.

Este volumen continúa una serie de publicaciones que insensiblemente han derivado hacia la búsqueda de adecuados fundamentos para la investigación, la práctica y la enseñanza. Es un libro gestado a lo largo de años de adelantos y retrocesos. A su presentida existencia debo un cauce ordenador para dispersos intereses. Trata de ser un resumen, incompleto, de preocupaciones expresadas en charlas, artículos y libros, con finalidades muy dispares y para auditorios muy diversos.

Al terminar mis estudios médicos en la Universidad de Chile, y tras incursiones en la historia y la filosofía, tuve el privilegio de trabajar bajo la dirección del profesor Paul Christian, en la Universidad de Heidelberg, Alemania Federal. Christian fue el sucesor directo de

Viktor von Weizsäcker, polifacético espíritu de enciclopédicos intereses, cuya herencia consistió en más de alguna heterodoxia. Algunos de sus discípulos quisieron convertir las heterodoxias en axiomas. Otros las conservaron como utópicas esperanzas. Mi interés se dirigía a concebir la medicina en una amplitud que no fuera en zaga a lo que, inmodestamente, consideraba mi vocación integradora, la cual, ahora sé, es básicamente sentido común matizado por la reflexión. Las disciplinas de medicina psicosomática, medicina antropológica y antropología médica, que yo iba a buscar, traían ecos de inéditos espacios y trascendentes aspiraciones.

Como todas las expectativas largamente acariciadas, la mía terminó convirtiéndose en una sobria comprobación de límites. Lo que encontré no era exactamente como lo imaginaba, ni yo podía considerarme el portavoz más autorizado para su difusión. Necesidades pragmáticas me hicieron derivar a la usual artesanía de los datos (que los alemanes llaman el *wissenschaftlicher Betrieb,* el negocio científico), a desarrollar una cierta especialización puntual y a recorrer otros continentes. De mi época en Estados Unidos recuerdo especialmente la necesidad de ajustarme a las realidades de la actividad científica y la parcial comprensión de las leyes de la competencia, que me interesaron no para practicarlas sino para observarlas.

Hay muchos temas que a lo largo de estos años han quedado abandonados. Cada cual construye un ecosistema de creencias y a medida que lo desarrolla se vuelve más difícil explicarlo a otros. Mi actividad en la fisiología, la psiquiatría y las ciencias del hombre no calza con algunos estereotipos. Me abruma tener que dar luengas explicaciones y desarrollar conceptos que juzgo triviales. Este libro despeja un poco el desván de las notas sueltas, espero, por algún tiempo. De paso, sale como movida en un juego que espera tener contendores y críticos. Por ambos motivos, vale la pena abandonar la tarea de escribirlo, en la convicción de que es en realidad interminable.

He gozado de la amistad perdurable de buenos amigos y benevolentes críticos, que acogieron otros productos de este tipo con enérgica y bienintencionada aprobación o no menos intenso rechazo. A ellos debo el esfuerzo por ser más humilde y renunciar a la perfección. Espero haber abandonado un modo de hablar que era de estilo cuando empecé, matizado con muchas declaraciones de "humanismo" y plegarias por reformas globales. Me parece, al cabo de estos esfuerzos, que mucho

de lo que yo esperaba de mi "psicosomática" viene ahora bajo otros nombres, de los cuales "patología teórica" y "bioética" nos son los menos conspicuos. Como se verá, era menester bastante ingenuidad para sostener afirmaciones como las que hice, por ejemplo, en *La perspectiva psicosomática en medicina,* publicado en 1984.

Dirijo este libro a profesionales y profanos. Si a unos puede molestar la relativa ausencia de tecnicismos, irritará a los otros un residuo de pedantería. Es el sino de los productos intermedios, y sólo deseo indicar que he intentado minimizar sus efectos. Quisiera que los médicos y estudiantes de medicina que lo leyeran precisaran algunos de sus motivos para estudiar y actuar la medicina y los contrastaran con los que creo verdaderos. Pero más me interesaría que quienes lean este libro, comprendieran que sugiere abandonar los compartimientos estancos basados en la profesionalización de los oficios. Deseo anticipar que no es conclusión de este trabajo equiparar medicina con salud y sí en cambio el advenimiento de revisiones en la idea misma de profesión médica.

El texto consta de dos partes. La primera es un escrito autocontenido, que resume en forma compacta algunos argumentos, y los ilustra mediante ejemplos, citas y notas. En la segunda, reproduzco artículos publicados o inéditos, de factura previa a la primera parte. Mi idea es presentar genéticamente la base de mi retórica: sugiero desplazar la reflexión desde los *objetos-producto* a los *actos-productores* para entender la medicina como profesión y disciplina. El desarrollo que presento es uno entre varios posibles y no excluyo escribir un libro igual a éste que, difiriendo en algún esencial detalle, cambiara la orientación del argumento.

La lectura de la primera parte no hace inútil la de la segunda; en ésta se ve cuán diversos derroteros pudo tomar tal o cual pensamiento en su primitiva formulación. Como todas las retrospectivas, ésta contiene redundancias y reiteraciones; también, esperables contradicciones e inconclusos argumentos. Con todo, he decidido interrumpir su elaboración, "abandonarlo" y darlo a la prensa a fin de tener la ocasión de saber si el sendero escogido encuentra o no ecos en otras personas. Excuso de antemano los malentendidos y torcidas interpretaciones, que juzgo indispensable combustible para la creatividad.

En los últimos tiempos, he podido discutir algunos de los temas de este volumen con innumerables personas. Sería una extensa lista. Sólo deseo subrayar que parte de estos diálogos fueron posibles gracias a instituciones que colaboraron a la realización de encuentros y

conferencias. A Guillermo Vidal y la Fundación ACTA de Buenos Aires debo el permanente estímulo de interlocutores entusiastas. A la Universidad de Chile un espacio plagado de sorpresas. A la Fundación Alexander von Humboldt el permitirme iniciar reflexiones. Más recientemente, a la Fundación Ford el haberme ayudado a cristalizar espacios de discusión y análisis en torno a las ciencias sociales y la salud, y al International Development Research Centre de Canadá el haber colaborado a su gestación. Ambas instituciones contribuyeron a la realización de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Ciencias Sociales y Medicina que en mi calidad de Editor Regional de la revista "Social Science and Medicine" (Pergamon Press, Oxford) me correspondió organizar junto a un selecto grupo de profesionales en abril de 1991.

PRIMERA PARTE

HACIA UNA TEORÍA DE LA MEDICINA COMO DISCIPLINA Y COMO PROFESIÓN

"OBJETOS" Y "OBSERVADORES"

Para hablar de teoría de la medicina, es menester considerar a ésta una disciplina.

No existe una teoría de la medicina en cuanto tal. Hay generalizaciones de alguno de sus aspectos o fundamentos (por ejemplo, las ciencias biológicas o sociales), pero no teoría médica *stricto senso.* Tampoco hay acuerdo sobre el propósito de la medicina, lo que contribuye a la ambigüedad de su estatuto disciplinario (véase Kass, 1985; Pellegrino and Thomasma, 1981).

Es necesario preguntarse qué caracteriza a una disciplina intelectual.

A una disciplina la caracteriza, primeramente, un *discurso* (Foucault, 1969).

Un discurso es un conjunto de enunciados, afirmaciones y negaciones, sobre ciertos temas y en un cierto estilo.

Los temas de un discurso disciplinario son sus *objetos.* El estilo indica los modos aceptados de decir, las reglas del buen arte, su *retórica.*

Una pregunta crucial es *cómo* se constituyen los objetos de la mirada científica. Muchos suponen que existe una ciencia de los seres microscópicos porque éstos "están ahí', afuera, en la realidad. Por ello pueden ser objeto de una ciencia.

Mas tales seres microscópicos no pudieron "ser objeto" de una ciencia antes, por ejemplo, de la creación del microscopio. El microscopio no sólo los descubrió; literalmente, los *inventó* para la mirada científica. Su "realidad" depende de una *técnica de descubrimiento.*

Podría argumentarse que la invisibilidad de los seres microscópicos no impedía que, por ejemplo, causaran enfermedades. El bacilo de la tuberculosis era virulento antes y después de su "invención" por y para los ojos de la técnica. Mas, después de su "objetivación" fue manipulable, se formuló predicciones posibles, se anticipó su influencia. Un objeto de la ciencia entra a la legalidad científica con la

manipulabilidad técnica. Los enunciados de una disciplina son descripciones y anticipaciones de sus comportamientos mediante argumentos causales.

La diferencia no es trivial. Está implícita en las distinciones entre ciencia y arte, entre ciencia y humanidades, entre ciencia y poesía. Las ciencias que hoy conocemos tratan de objetos a los que puede aplicarse predicciones de repetición de acaeceres. De lo único e irrepetible no hay ciencias positivas. No hay una *Mathesis singularis.* La polémica novecentista sobre ciencias del espíritu y ciencias de la naturaleza y la distinción consagrada entre lo idiográfico y lo nomotético, destacan la antinomia metódica que ha heredado, entre otras disciplinas, la médica.

No sólo los objetos, también los observadores, han de ser generalizados, "impersonales", des-individuados. Un objeto de la ciencia, para ser tal, precisa que una pluralidad de miradas lo ratifique. Miradas plurales son miradas de muchos, sin pertenecer a nadie. El verdadero objeto de la ciencia no está limitado a "puntos de vista" de este o de aquel observador, los incluye a todos. Existe en un tiempo homogéneo, en que cada segundo equivale a otro segundo, reversible y sin dirección[1]. El objeto de ayer es el de hoy, y diez minutos pasados son diez minutos que miden lo mismo en términos de cambios y movimientos. El mismo tiempo-medida abstracto, desligado de acaeceres concretos, es una herramienta inventada (véase Dux, 1989). La infinidad potencial de puntos de vista sobre sus objetos, la repetibilidad de las observaciones y el observador generalizado, caracterizan a la "realidad" de las tecnociencias.

Este recuento no es completo ni justo. Mas encierra una paradoja de interés. Probemos a ilustrarla mediante un ejemplo. Una piedra puede ser investigada desde el punto de vista de la mineralogía, que la clasificará y datará; de la física, que indagará sus propiedades; de la química, que estudiará su constitución elemental. Podrá ser objeto de contemplación estética, de consideraciones etnológicas (si muestra señales de designio humano), de utilidad instrumental.

El objeto piedra es como un actor sobre el escenario. Le iluminan numerosos focos. "Existe" en cada enfoque y es "materia" de infinitos discursos sin estar "agotado" en ninguno.

No hay ningún discurso, ningún conjunto de enunciados, que dé cuenta a cabalidad de la piedra. El objeto real está fuera de cualquiera de

ellos. Paradójicamente, lo que hay de "cierto" en la piedra es por completo "irreal": es aquello que, conteniendo todos los discursos posibles "sobre" la piedra, está no obstante "más allá" de ellos. La piedra es incognoscible; sólo sabemos de sus relaciones con determinados observadores y la predicción de algunos de sus comportamientos. Eso es coextensivo con el objeto piedra para la ciencia, que se reduce a lo que con la piedra podemos "hacer". Los *modos de hablar* de la piedra manifiestan formas de su manipulación. "Pensar" la piedra desde una perspectiva, en el seno de un discurso, es "tomarla" de una cierta forma. Toda palabra es una acción virtual. ("Begreifen kann man nur, was man greifen kann" - pensar se puede sólo lo que se puede agarrar).

De aquello que no se puede hablar más vale callar, reza el aforismo wittgensteiniano. Nadie duda que la realidad transempírica de la piedra no es ficticia ni etérea ni puramente imaginada. Sólo sabemos que está más allá de una serie interminable de miradas. Algunas disponen de ella de modos no prácticos, esto es, no técnicos. Lo "aún no incorporado" al *corpus* de la cientificidad tiene eficacia como silencio. Como todos los silencios, la *inescrutabilidad* de éste indica ignorancia, rechazo o extrema familiaridad. No hablamos de algo porque no podemos, porque no queremos o porque, de tanto verlo, lo hemos olvidado. No siempre es fácil discernir ante cuál circunstancia nos encontramos. Si alguien descubriera cómo injerir los constituyentes de la piedra de nuestro ejemplo reduciría algo ese inescrutable silencio y nos daría otra "realidad" construible con ella. Si alguien demostrara que una piedra que siempre estuvo ante los ojos es un rico mineral, de seguro cambiaría su apreciación. Los "modos aún no descubiertos" de disponer de las cosas (esto es, de hablar de ellas), sumergidos en la inescrutabilidad del silencio, son significativos e importantes. En verdad, si descubriéramos lo que nadie cree necesario decir, por obvio y evidente, sabríamos más de la época y la cultura que leyendo a decenas de autores.

Estas acciones de descubrimiento y construcción de discursos disciplinarios no acontecen en el vacío. Son realizadas *por alguien, para algo y por algo.* La lucidez de la ciencia contemporánea se basa en la estilización de este alguien, convertido en un observador "tipo" o "típico". Es pupila que ve aquello diseñado por y para ella. El geólogo ve geología; el químico, química; el físico, física, y así sucesivamente. Caracteriza a cada uno la adhesión a un código de decir y hacer, a un estilo, a un enfoque. Ninguno de los infinitos observadores observa realmente la piedra. La piedra, en realidad, no

interesa. Interesa sólo en tanto construida con diferentes medios de observación. Interesa como relación con "superficies sensoriales" altamente específicas, modos de observar y construir objetos que al par que dejan percibir, ocultan. Cada relación con superficies sensoriales, que implica un instrumento de observación o un método, es una "mirada" sobre ella, una "teoría" de ella. "La ciencia -escribió Martin Heidegger- es una teoría de lo real" (Heidegger, 1983). Nada menos. Pero nada más.

Las ciencias contemporáneas, al profesionalizarse, han institucionalizado observadores característicos. Para serlo, han de someterse a la *disciplina técnica* de su teoría (teoría en sentido amplio, tanto contemplación (teatro) como resumen empírico de hechos), y a la *socialización específica* de su matriz disciplinaria, reflejada en el *ethos* de un grupo profesional.

No interesa *quien* (en el sentido de qué persona) observa. Sólo el *cómo,* que garantiza la respetabilidad de la observación y su legitimidad. Ésta asegura la intercambiabilidad de las observaciones hechas en un cierto contexto y bajo ciertas ortodoxias. La estilización del observador supone maleabilidad y transformabilidad en la naturaleza humana. La lectura de la naturaleza puede ser enseñada y aprendida. Este espíritu constituyó, en el siglo XIX, la marca de un progresismo liberalizante que, junto con renovar la imagen de la naturaleza, transformó profundamente las sociedades, convirtiendo en reaccionario el pensamiento de que el orden de la naturaleza es divino y no debe alterarse (Shapin, 1990). El transformismo novecentista fue más que dato científico: fue algoritmo moral basado en la ciencia, de efectos emancipatorios y democratizadores. Que el sistema social de la ciencia, en el curso de su desarrollo, haya dejado de tener tales efectos y sea en realidad no democrático, no altera el pensamiento de fondo: si hay observadores universales (y cualquiera puede serlo, basta que haya sido educado), entonces ellos, como las unidades de observación y medida, son intercambiables. No importa quiénes sean, sino su valencia en el sistema de la ciencia. Como los billetes de banco, "valen" algo y no necesariamente "deben ser" algo. O, más bien, aquello que deben ser no viene determinado por el nacimiento o la casta sino por otros criterios -criterios científicos-, entendiendo por tales aquellos relacionados con su funcionalidad dentro del sistema.

VALIDEZ, VEROSIMILITUD, LEGITIMIDAD

La "sensorialidad" de la ciencia contemporánea es una ficción (véase Kutschmann, 1986). La caracteriza su desconfianza de la percepción sensorial y de la corporalidad ingenua del sentido común. Whitehead observaba cuán contrario a ésta es el cuadro de la naturaleza que la ciencia nos obliga a aceptar (Whitehead, 1949). No es la naturaleza en sí -*natura naturans*- la que interesa. Es la naturaleza observada mediante instrumentos (inhumana, mediatizada sensorialmente) la que importa: *natura naturata.* El *experimentum crucis* de Bacon y de Newton es expresión del dominio de la naturaleza, la manipulación que obliga a ésta a entregar sus secretos en el lenguaje de la teoría: *natura vexata.*

Es real lo universal y universalizable bajo la forma de leyes (Whitehead hablaba de leyes inmanentes, leyes impuestas, simples regularidades descriptivas y convenciones interpretativas). Su artificialidad es decisiva e incontrovertible. Así como Oscar Wilde decía que "la naturaleza imita al arte", la naturaleza imita a la ciencia-técnica y es modelada por ésta. Es posible que en los albores del pensamiento sobre la técnica se haya pensado que el arte imita a la naturaleza, que los artefactos son copia de órganos naturales. Esta tesis "organológica", aun cuando fuera válida para implementos sencillos, que se adaptan al cuerpo humano, no lo es para las máquinas, a las cuales debe el cuerpo adaptarse (véase García de la Huerta, 1990). Las herramientas de una época determinan su pensar y las ciencias contemporáneas, además de renunciar a brindar un panorama o espectáculo del mundo, descansan en último análisis en la dominación técnica. Es justo hablar de "tecnociencia"[2].

Las *certidumbres de la experiencia* se convierten en *precisiones del experimento,* mutación dictada por la necesidad de comunicabilidad y accesibilidad[3]. Cualquier afirmación es evaluable en términos de su *validez,* de su *verosimilitud* y de su *legitimidad.* Estos aspectos a menudo se disocian. Hay afirmaciones verosímiles que no son válidas. Se las cree, porque corroboran el sentido común, porque halagan a quien las recibe, o por otros motivos. Hay afirmaciones científicamente válidas que pueden ser inverosímiles. Para un profano, la casi totalidad de las afirmaciones de la ciencia de fronteras pertenece a esta variedad. El profano las cree por la autoridad de la ciencia, no porque tenga acceso a las fuentes de su validez. Finalmente, legitimidad tiene que ver con ortodoxia metódica.

Una observación "bien hecha" genera una aseveración legítima. Ésta puede ser no verosímil ni válida, pero igual constituye un "dato". A veces experimentos u observaciones realizados mediante nuevo instrumental dan lugar a afirmaciones que siendo legítimas, precisan aún pruebas ulteriores de validez para ser aceptadas. Tales pruebas suelen darse bajo la forma de "ajuste" entre el nuevo dato y el conocimiento aceptado en la disciplina[4].

Muchas afirmaciones "científicas" no poseen en igual medida validez, verosimilitud o legitimidad. La connotación de *científicos* se aplica a enunciados de muy diverso tipo comunicados con muy variadas intenciones.

LA TOTALIDAD COMO PERSPECTIVA DE DESCUBRIMIENTO

Goethe observaba que carece de sentido practicar una ciencia fuera de escala humana. No quería decir que fuera inexacta o incorrecta. Quería sólo decir que carece de sentido. La pérdida de sentido corre parejas con la disociación entre saber y creencia que caracteriza a la conciencia occidental desde la secularización, la mecanización y la deshumanización del cuadro válido del mundo (ver Böhme, 1988). La tecnociencia produce información, no conocimiento; experimento, que no experiencia. Queda desligada de su productor en un sentido peculiar: se hace *fáctum*. El observador científico es una pieza en una maquinaria generatriz de "informaciones", cuyos otros componentes son artilugios técnicos: microscopio, osciloscopio, polígrafo. En realidad, sólo las preguntas definidas por tales instrumentos tienen jerarquía e importancia. Las discrepancias son posibles sólo en relación al consenso que evoquen las "determinaciones" o mediciones instrumentales, no a su "realidad" ni a su sentido. Si sigue un canon aceptado, las características del sujeto que observa no interesan, desde el color de su piel hasta sus reacciones emocionales o sus convicciones religiosas. El sujeto es el lado oculto de lo real, y sólo entra al discurso a través de indagaciones adicionales, pretendidamente no pertinentes para juzgar sus contribuciones.

La historia de Occidente es interpretable como la de una doble represión: del *sujeto* por un lado, de la *naturaleza* por otro (Böhme, 1988). Esto puede entenderse como la desaparición de un lenguaje que, englobando a ambos, hablara de y a ellos en la totalidad de una experiencia no atenuada. La fragmentación de ésta, la ruptura de su unidad, permite la emergencia de las disciplinas intelectuales, la división del trabajo, la separación de los poderes del Estado, la distinción entre ciencia, técnica, fe, arte, la reducción analítica, en suma, que produce los logros de la civilización.

La dialéctica entre el *todo y las partes* ha sido una constante histórica de las ciencias. Se encuentra, por ejemplo, en la clásica disputa entre Goethe y Newton sobre la naturaleza del color, decidida a favor de una combinatoria de propiedades elementales y en contra de un fenómeno originario *(Urphänomen).* Es central en el desarrollo de la fisiología como disciplina científica que estudia, como escribía Carl Ludwig a mediados del siglo xIx, las "partes" del organismo y sus funciones, pero renuncia a considerar la totalidad orgánica y la vida psíquica, lo que culmina hacia comienzos del siglo XX (véase Lolas, 1979, 1983, 1986b). El *significado* de una observación es sólo su posición sistemática en una descripción, nada que deba agregar- se desde fuera. A este "fuera" pertenece, por de pronto, la legitimación del saber, que responde sólo a su legalidad procedural y a la pureza de la técnica que lo fundamenta, mas no a sus implicaciones éticas. El mito de la neutralidad valórica de las ciencias, procede de este *abandono de la totalidad,* vanamente reconstruida como holismo físico o sumatoria de partes, en las versiones clásicas de la psicosomática y en planteamientos interdisciplinarios. El pensamiento globalizador se convirtió en marca de diletantismo, en conocimiento de los intersticios que dejan, al consolidarse, las disciplinas específicas, en la generalidad inabarcable de las "relaciones", que constituyen tardíamente objetos legítimos de conocimiento científico[5]. La Naturaleza de las ciencias, como observamos, no es una totalidad, sino condición de posibilidad de miradas fragmentadoras. Las ciencias positivas y empíricas renuncian a la totalidad, objeto de la filosofía.

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA

CIENCIAY DE LA TÉCNICA

Mas el sujeto del discurso científico no ha desaparecido. Sólo ha tomado una fisonomía específica. El estilo de una disciplina, su fisonomía intelectual, al depender del discurso, depende también de quién emite ese discurso. Éste es hoy un *profesional.* La profesionalización es un proceso social por el cual un grupo de personas se apropia de un conjunto de recursos y accede a ciertas recompensas en forma exclusiva y excluyente. Dos órdenes de fenómenos la acompañan y avalan: la *socialización educativa* y los *códigos de ética.*

Hoy nadie puede dedicarse a alguna actividad relacionada con las ciencias y las técnicas si no demuestra "formación" específica. En realidad, salvo ser padre o madre, son muy pocas las actividades que pueden realizarse sin estudios especiales. La ortodoxia metódica se acompaña de una ortodoxia intelectual que nada tiene que ver con el sentido común. Y aunque tuviera, los *insiders* se encargarían de negarlo. Son cuentos de hadas aquellas historias del joven inexperto que súbitamente, en la quietud del laboratorio, jugando al aprendiz de brujo, descubrió algo interesante. Su perpetuación revela desconocimiento de la ciencia como profesión y puede explicarse por motivos "cosméticos" (o la necesidad de mitos).

La socialización específica y la profesionalización excluyen- te se asocian con la especialización, en el cúspide del sistema de incentivos y refuerzos. El especialista renuncia expresamente a ocuparse de materias no definidas en un catálogo de ortodoxias que él no ha inventado. Se dice que "sabe todo de nada", pero aun esta afirmación es imprecisa, porque la especialización, como veremos, no necesariamente tiene que ver con el saber.

El imperativo ético es la segunda característica de las profesiones. Incluye *formas de comportarse (ethos)* en relación con los de fuera (que no pertenecen al grupo) y los de dentro (colegas o pares). Su dimensión superficial, que cabe llamar apropiadamente "etiqueta", se refiere a los modos sociales y civilizados de comportarse con la gente y los pares. Al profesional se le exige urbanidad y buen talante, vestimenta decorosa y trato ponderado, además de deferencia hacia los colegas. Más profundamente, se le exige un comportamiento "ético", armónico con el imaginario moral de su comunidad, que no transgreda tabúes y sirva de

ejemplo.

El "orden profesional" no debe equipararse al control de información o conocimiento (información organizada). Ciertos profesionales tienen acceso a informaciones confidenciales, vedadas a los profanos: piénsese, por ejemplo, en un militar que conoce los armamentos de un país. Lo probable es que adquieran acceso a ellas por la confianza de sus superiores o consideraciones de orden político y no por la condición de profesional. Un médico accede a datos confidenciales generalmente por consideraciones adicionales a su condición profesional.

Lo que llamamos *socialización profesional,* que amalgama formación, información y aprendizaje de roles, da cuenta del límite profesional/profano, pero no debe confundirse con el dominio exclusivo de un saber.

Es necesario cualificar esta aseveración en dos sentidos. En primer lugar, aunque la información estuviera disponible para todo el mundo, ello no significa que pueda ser usada. Es utópico el ideal de alfabetismo científico para todos (Lolas, 1989a). Al profesional se le ha enseñado un *esquema interpretativo* que debería permitirle acomodar nuevas informaciones en el curso de su vida. Es este patrón interpretativo, la matriz disciplinaria, lo que enseñan (idealmente, al menos) las escuelas profesionales. Sin embargo, en punto a datos específicos y descubrimientos puntuales, puede ocurrir que un profesional no esté en mejores condiciones que sus consultantes o clientes.

En segundo lugar, es erróneo pensar que la ciencia es constituyente central de otras profesiones. Éstas reciben una "traducción" hecha por personas que pueden o no dedicarse profesionalmente a la ciencia, pero que comunican algo distinto de lo que en realidad se hace en los laboratorios. El científico profesional, aunque use los mismos conceptos (por ejemplo átomo, neutrino, positrón, bacilo de Koch, fibroblasto), en realidad los usa desde puntos de vista diferentes, y con fines distintos, cuando los comunica a otros profesionales. El inmunólogo que se gana la vida con los linfocitos, los ve como promotores de su carrera y fuente de recompensas, publicaciones y premios. Mas el médico usa tales conceptos en un contexto diferente, con otros fines y connotaciones. Es frecuente confundir el *ethos* de la ciencia como profesión con el *ethos* de las profesiones "científicas" (aquellas que derivan su legitimidad de la racionalidad tecnocientífica). Empleando un símil, para el científico profesional los conceptos son teoremas; para

otros profesionales, axiomas. Para el primero, febles construcciones; para los otros, herramientas o "cajas negras" que permiten operaciones.

Al definir el "orden profesional" en base a sus componentes formativo y ético, dejamos fuera aspectos importantes (véase Gyarmati *et al.,*1984). Sin embargo, en aquellos basan la mayoría de las profesiones sus demandas de autonomía y poder. Éste está continuamente amenazado por otros grupos y por el Estado y una importante tarea de las organizaciones profesionales es transformarlo en *autoridad.* La legitimación (por ejemplo, las licencias) proviene de la socialización educativa y del sustento ético.

Las recompensas, o recursos secundarios, dan al orden profesional su carácter de *creador de desigualdades: entre* profesiones (en un *situs)* y *dentro* de una profesión, entre grupos y personas. Las principales recompensas pueden resumirse en tres clases: *ascendiente social, poder (autoridad) y remuneraciones.* Podría agregarse, como categoría adicional, la *estima* o amor por parte de los no-profesionales, que a veces no cabe subsumir bajo ascendiente social.

El ascendiente social puede desglosarse en *popularidad* y *prestigio.* La primera alude al conocimiento que tienen los profanos (no profesionales) de un determinado profesional o grupo; el segundo involucra el respeto de los pares en la profesión. Popularidad y prestigio raramente van juntos. Así, el médico "famoso" por reiteradas apariciones en televisión hablando de esto y de aquello - muchas veces fuera de su competencia-, si bien popular, y considerado un "sabio" y un "científico" por los legos, rara vez goza de semejante aprecio dentro de la profesión. Este aspecto cobra relieve en comunidades insuficientemente diferenciadas, en las cuales los profesionales se ven compelidos a asumir formas de liderazgo social ajenas a sus cualificaciones[6].

Los incentivos de ascendiente social, poder-autoridad y dinero pueden disociarse. Hay profesiones respetadas cuyos miembros tienen bajos ingresos y escasa autoridad. En ocasiones, un alto ingreso va asociado a baja estima. La estimación, el dinero o el poder cambian y dependen de factores a veces no controlables por las profesiones.

El sujeto del discurso científico-técnico reaparece como profesional. Cuando éste no es rol definido, o el área es ambigua, es "experto". También se emplea la palabra "técnico". Con el endiosamiento de la tecnociencia y la hegemonía del rol de experto como árbitro de tensiones sociales se abre un substrato ideológico de

cambiante apariencia, pero estable influjo (Habermas, 1970). La identificación de la ciencia con el saber hace automática la del profesional con el "sabio", privilegiando su "status" intelectual sobre su capacidad de intervención práctica. Las profesiones pueden ordenarse en un continuo de "intelectualidad" cuya asociación con la "ciencia" es base de prestigio. Cuando alguien habla en nombre de una disciplina, en realidad lo hace en nombre de las personas que la consideran suya y la cautelan celosamente. Las disciplinas son *intereses: Inter-Esse,* lo que está *entre* seres, entre personas, entre personas y obras, o entre objetos. Tales *intereses influencian la validez, la verosimilitud y la legitimidad del discurso.* Las profesiones son *confesiones públicas* de pertenencia. El sistema tecnocientífico es una maquinaria social distribuidora de poder y placer, y sólo los efectivamente incorporados a ella tienen credibilidad. Entre otras razones, porque el destino final de todo discurso no depende de sus creadores, sino de sus receptores. La influencia del punto de vista científico no depende sólo de que sus afirmaciones sean en realidad válidas y eficaces. Depende de que quienes lo escuchan crean en él.

Que esto sea así no es bueno ni malo. Suele privilegiarse el aspecto *instrumental* frente a los *hermenéuticos, morales o emancipatorios.* Si con esta reducción se cree asegurar la neutralidad valórica de las profesiones y de sus saberes, se comete un error. Al reaparecer el sujeto como técnico, profesional o experto, su neutralidad y la del conocimiento que representa, son ilusorias. En la jungla de las lealtades, los intereses de los que viven del conocimiento y del saber dejan de ser unívocos y se hacen equívocos. El diálogo sujeto-naturaleza se ha convertido, por lo menos, en un "multilogo". Hay otros interlocutores: los que dan prestigio, dinero y poder. El inventor de un nuevo motor declara ingenuamente que no contamina el ambiente, un buen científico cree, de buena fe, que los "rayos N" existen y son un monumento a la ciencia francesa, un higienista berlinés refuta la teoría microbiana de la enfermedad y traga un cultivo de bacilos por consideraciones "sociales"[7]. Es ingenuo creer que la profesionalización de la ciencia y de los oficios genera mejores intérpretes de la naturaleza. La naturaleza y sus "intérpretes" se consumieron en la construcción de la modernidad. Fueron, en realidad, su combustible.

LAS REDUCCIONES DE LA MEDICINA

COMO DISCIPLINA Y COMO PROFESIÓN

No es digresión el parcial recuento hecho hasta aquí. En realidad, es central a la tarea de situar a la medicina en un estatuto apropiado. Como es un *saber qué,* un *saber cómo* y un *saber para,* no basta con declarar que debe ser científico-natural o nada, psicodinámica o nada, comprometida o nada[8]. Éstas son reducciones a algún aspecto: a ciencia natural, a psicología profunda, a ideología política. Es posible que tales aspectos estén contenidos en, o relacionados con, lo que llamamos medicina; o que ésta haya sido eso, o vaya a serlo, o pueda serlo. Ninguna de estas respuestas parciales es satisfactoria, por la simple razón de que ignora un elemento importante. Ignora el *proceso de construcción de la medicina como disciplina y como profesión,* que con fines analíticos disociamos de la *medicina-producto* que habitualmente se considera en la discusión.

Nuestro examen revela que la "medicina científica" no es sino una manera de plantear su estatuto profesional, asimilándolo al del científico. Si ello debiera arrojar sobre la tarea del médico una aureola de pureza y objetividad, podemos olvidarlo. No se le hace ningún favor y se entorpece su comprensión. Basta leer el análisis de Bruno Latour sobre la tecnociencia para reafirmar: ésta no puede entenderse como *co-lección* de datos sino como *se-lección* de ideas. Tales ideas, nociones, constructos y conceptos, durante su generación se "contaminan" de intereses nada de "puros" sino muy "espurios". La tecnociencia es un poderoso instrumento de dominación que acaba dominando a sus promotores, en el más puro mito frankesteiniano (Latour, 1987). Sólo un espejismo puede permitir afirmar que la *lógica del conocimiento-producto* (propia de los "filósofos de la ciencia") es adecuada para entender por qué nacen, se desarrollan y mueren las teorías y las disciplinas. En realidad, debemos concentramos en la *retórica de la producción de conocimiento* (Lolas, 1980, 1985a). Desde esa perspectiva, no hay verdades "allá fuera" listas para ser descubiertas. La realidad es un producto de la percepción, no su causa (Lolas, 1988d[9]). En el juego de metáforas, ya no se sabe dónde empieza la ficción y termina lo real. Para indagar este asunto debemos preguntamos *quién* hace *cuáles* afirmaciones, *cómo* construye sus enunciados, qué *"arte-factos"* pretende que pasen a *"factos"* (o "hechos", denotando que se trata de datos y que son fabricados). Del

producto cultural que llamamos ciencia no debemos esperar solidez ni pureza para la medicina. Es, como ella, una profesión más.

No vamos mejor encaminados si cambiamos esa ortodoxia por bohemias especulaciones sobre dinamismos psicológicos. Reducir la medicina a ellos fue y sigue siendo de estilo en algunos círculos. El discurso psicológico-profundo tuvo su ori- gen en la actividad terapéutica y comparte con ella algunas características de lo que se ha dado en llamar "modelo médico" (véase Oken, 1989). Representó el lado más débil de éste, al punto que por ese flanco pudo ser ridiculizado y atacado, sin que necesariamente la antipsiquiatría y sus excesos, o las paradojas que la polémica puso en descubierto, sean pura expresión de ideologías malsanas (véase Masson, 1988; Torrey, 1980). Con el tiempo, la psicologización desmesurada del trabajo médico flaqueó en varios puntos: si de psicología se trata, entonces otros profesionales están mejor preparados, y allí están la "medicina conductual" y la "psicología de la salud", disciplinas combativas con que los profesionales de la psicología disputan derechos tradicionales de los médicos (Lolas, 1990b; Stone, 1980; Taylor, 1986). En otro orden, nunca superó el psicologismo a ultranza cierta indigencia metódica por comparación con la medicina "dura", y ahí están los "verdaderos" médicos resistiendo una jerga que no terminan de aceptar, estupefactos ante aseveraciones como "el asma es el grito por la madre", escandalizados ante tratamientos en su opinión ineficaces para los tumores, las inflamaciones y las infecciones[10].

El psicoanálisis, en manos de agudos cultores, representó una psicología próxima a la realidad clínica y fueron primaria- mente psicoanalistas los promotores de la perspectiva psicosomática en medicina al reflexionar sobre lo que Freud había llamado "el misterioso salto de la mente al cuerpo" (Lolas, 1984). Uno de los méritos de Viktor von Weizsäcker fue reconocer tempranamente su relevancia para la medicina general. Su libro pionero fue comentado favorablemente por Freud, quien declaró aún no llegado el momento de extender el método a la medicina orgánica "por razones didácticas"[11]. Con todo, cuando el mismo Weizsäcker formulaba programáticamente la "reintroducción del sujeto en la medicina" como meta de la psicosomática y de la antropología médica aludía a algo distinto, y más amplio, que la pura incorporación del psicoanálisis a la medicina. Se refería, por ejemplo, a las dimensiones religiosa y social, que sólo reductivamente pueden ser acomodadas en

el discurso psicoanalítico clínico (von Weizsäcker, 1987).

No hay que olvidar, finalmente, que la medicina psicoanalítica sería una forma más de medicina, de ortodoxia unilateral y rígida, tanto como los academicismos de la clínica novecentista. El psicoanálisis es una profesión con sus propios "intereses", sólo parcialmente coincidentes con los de la medicina.[12]

La crítica de aquellos que confunden la disciplina médica con puro apostolado social, es justa en la denuncia de algunos excesos, en su pontificadora y redentorista argumentación sobre deberes y derechos, en el énfasis en olvidados preceptos mora les. No lo es en la negación del substrato racional de la práctica y de lo beneficioso de distanciarlas de toda ideología explícita, no basta con condenar excesos o repetir preceptivas cuando se requiere acciones concretas, no precisamente aquellas que sólo desarticulan la tradición.

INVARIANTES DE LA MEDICINA: INTRÍNSECAS Y EXTRÍNSECAS

Las metáforas de la razón médica son muchas y variadas (Lolas, 1989b). Son propias del país, de la circunstancia, de la época. Mutan de acuerdo a los movimientos del cuerpo social, a los progresos y retrocesos de las ciencias y de las artes. Son objeto de crítica, examen, aprobación e indiferencia. Mas la medicina, como pocas otras técnicas, no está nunca ausente de los asuntos humanos. Arraiga en constantes antropológicas tan esenciales que puede decirse que la relevancia antropológica del arte de sanar precede a toda profesionalización y todo oficio.

Las *metáforas de la razón médica* son ideas modélicas que de su objeto y de sí mismos tienen quienes practican la medicina. El concepto de sí mismo es un constituyente de las profesiones, y aun de la idea de profesional (Moline, 1986). Difiere a veces de lo que esperan los no profesionales. En el caso de la medicina, esto es patente en los últimos decenios. Mientras el progreso médico se ha basado en los dicterios de su propia racionalidad instrumental, en una evolución tecnocrática y tecnocratizante, los deseos y expectativas de los usuarios de la medicina han evolucionado a veces en direcciones distintas. No se trata de repetir manidos argumentos sobre la deshumanización de la medicina, ni la consabida queja de no considerar al hombre como "cuerpo y alma". Se trata de examinar demandas, costos, equidad, justicia, beneficencia como lo que son: valores íntimamente ligados al *poder* de nominar, discernir, dispensar. Los dilemas que tales valores plantean provienen de las tecnologías. Y son problemas en la medida que para ellos la racionalidad tecnocrática carece de respuestas: son lo que se llama *no technical solution problems.* Si fueran solamente problemas técnicos, no representarían complicaciones mayores: se resol- verían mediante más racionalidad técnica. Si la técnica da que pensar, es precisamente porque ella, por sí misma, no piensa. O piensa sólo en sus propios términos.

La heterogeneidad de la medicina, que se expresa por el encuentro de plurales *motivaciones* (de quienes desean ser sanados, de quienes deben pagar, de quienes ejercen el oficio, de quienes observan), distintos *discursos* (el de los usuarios, el de los expertos, el de los "otros relevantes") (Lolas, 1988c) y distintas *finalidades* (sanar y curar, curar y cuidar, entre otras) exige buscar lo invariante. El momento invariante no es estático. Es, como las realidades sociales, cambiante, y en ello estriba su paradójica contextura: una realidad no natural sino cultural, modelada por y para hombres.

Ha habido distintas estrategias para identificar este momento invariante. Una ha consistido en historiar el desarrollo del arte, sus avances, retrocesos, confluencias, las emergencias de nuevas formas de racionalidad y finalidades, la constante modificación de teorías y de prácticas (Laín Entralgo, 1978; McQueen, 1978). Considerable esfuerzo se ha invertido en ejercicios de postdicción, que identifican pioneros y precursores allí donde alguien quiso o dijo algo que puede refrasearse en términos saludables a nuestra modernidad. La acumulación de datos, de informaciones, de teorías, reafirman la heterogeneidad, que no al revés. Los distintos "conceptos de medicina" basados en la objetivación dominante, no encuentran parentesco ni filiación razonables. La patología humoral, la iatrotécnica, la iatroquímica, los animismos de diverso tipo, la homeopatía, la quiropraxis, por sólo nombrar algunos productos históricos englobados bajo el concepto de medicina, reafirman la diversidad (Rothschuh, 1978). Ya el modo de encarar la historia, en base a los "objetos" dominantes de su estudio y ejercicio, anticipa tal resultado.

Más razonable parece centrar la atención en las "formas de

practicar" medicina; se distingue entre los antiguos las escuelas de los empíricos, los dogmáticos y los metódicos, y entre los escritores a los llamados eclécticos y los episintéticos. Esta forma de encarar el asunto, más apropiada para descubrir una unidad procedural en la medicina, queda cogida en las diferencias, sin orientarse a las semejanzas, y termina en afanes clasificatorios no siempre necesarios o útiles. El examen histórico, indispensable para la correcta inteligencia del oficio, espera aún una reformulación teórica, más allá de la anécdota y del listado cronológico de "grandes hombres".

No bien el armamentario metódico de las ciencias sociales estuvo disponible fue aplicado a la medicina.

Sociología *de* la medicina no es lo mismo que sociología *en* la medicina. Mientras la primera busca invariantes y diferencias en prácticas y teorías observando desde fuera, la segunda aplica su racionalidad a los problemas planteados por la medicina en tanto propios de su esfera. Diferentes etapas formativas pueden distinguirse en la constitución de la sociología médica; de estudios incidentales y espontáneos al rol de individuos claves y de éste a la emergencia de un campo disciplinario propio, con sus características distintivas y una peculiar organización. Temas como la eficacia de los servicios médicos, el impacto social de las tecnologías y la organización de la profesión no pueden discutirse sin los recursos conceptuales y metódicos de la sociología (Domínguez, 1984). La resolución de tensiones teóricas en el campo médico ha sido grandemente estimulada por la interfase disciplinaria así creada, sin que pueda decirse, en rigor, que ella ha provocado una renovación profunda del ejercicio de la medicina. Esto no significa desconocer el aporte fundamental del discurso sociológico a la comprensión del contexto de éste (Armstrong, 1987).

La *antropología* ha desempeñado un papel crítico, llamando la atención a las diversidades debidas a la cultura y mostrando las dimensiones ocultas de la práctica cuotidiana. La mayor parte de la investigación en antropología médica ha sido realizada, naturalmente, por graduados de universidades anglosajonas, especialmente estadounidenses. Se consideren a sí mismos como abogados-reveladores, como investigadores desprejuiciados, como reformadores sociales o simplemente como payasos (Scheper-Hughes, 1990; Singer, 1990; Unschuld, 1976), lo cierto es que, en general, su postura respecto de la medicina occidental es crítica, y no siempre constructiva. Muchos estudios parecen aceptar *a priori* los beneficios de las prácticas

autóctonas o tradicionales, incluso de las inútiles o perjudiciales. La presentación de un claroscuro sirve fines polémicos y es un buen antídoto contra las pretensiones hegemónicas de la medicina occidental iatrotécnica. La posibilidad de elegir, sin embargo, debe ser abierta por tales estudios, y no al revés, pues no sería bueno suplantar una ortodoxia por otra, como no sería saludable que a los pueblos del Tercer Mundo nos sigan saliendo "abogados" bienintencionados, que no entienden mucho del conjunto y sí de las necesidades de su tesis doctoral o sus "papers" en las revistas de moda. Al fin de cuentas, ninguno de ellos -salvo excepciones- se quedará a vivir en los sitios en que investiga. La medicina "razonable" debe primar, bajo la forma de complementaridad o de integración. Esto es más fácil decirlo que lograrlo, toda vez que un criterio independiente de eficacia no puede establecerse sin más. Cuando Glasser (Glasser, 1988) aboga por estudios "randomizados" - queriendo aludir a ponderada inferencia estadística - tal vez no repara en que la elección de ese método supone una ideología, derivada de las necesidades de fundamentación de la industria farmacéutica del siglo XX. Incluso en la medicina occidental, la aplicación de tales métodos a otras formas de tratamiento, cuyas variables no se dejan tan fácilmente puntualizar, puede llevar a conclusiones imprecisas o equivocadas. Un ejemplo es la evaluación de las psicoterapias. De todas maneras, la antropología, crítica o clínica, puede aportar interesantes sugerencias sobre lo que es fundamental en la praxis que llamamos médica en diferentes sociedades, independientemente de sus afanes mesiánicos o redentoristas (Pedersen and Baruffati, 1989).

La *psicología* ha disputado zonas importantes del campo médico y puede aplicarse también a la formulación y a la resolución de sus conflictos. La más trivial observación indica que el oficio de "terapeuta" es, cuando menos, ambiguo. Se le emplea, en general, para designar a un sanador de anomalías definidas en base a algún cuerpo teórico. Por ese lado la profesión de psicólogo ha invadido tradicionales prerrogativas de la profesión médica, quedándole a ésta la intervención corporal a través de la piel (cirugía) y la prescripción de medicamentos, aunque ésta es cada vez menos exclusiva. Especialmente en Latinoamérica, los psicólogos no han abordado extensas áreas de quehacer, como por ejemplo la salud mental comunitaria; queda la impresión, por lo menos observando el caso chileno, que las escuelas universitarias siguen fomentando un

modelo de práctica liberal que hace tiempo dejó de tener vigencia para la mayoría de las profesiones. Las perspectivas de integración con la biomedicina pasan sin duda por la formulación de una meta-teoría integradora (Lolas, 1990b), la cual no puede ignorar las muy prácticas realidades de la vida profesional.

Los aportes de la historia y de estas "nuevas humanidades", indispensables para la recta comprensión del hecho médico, son todavía ajenos a él. Por más que tengamos psicólogos, sociólogos y antropólogos *clínicos,* la fuerza del paradigma profesionalizante es grande. Tales profesionales, absorbidos por la hegemonía de la profesión médica, reciben atención marginal, cuan- do no desinterés en lo que respecta a sus contribuciones o demandas de intervención. De allí tal vez provenga el tono contestatario de algunos de sus cultores. Por otra parte, sus respectivos "objetos" hacen de estas profesiones algo distinto de la medicina, y sus modos de constituirlos permiten esperar intereses diferentes.

Los últimos años han producido otra avanzada desde fuera. Los teólogos morales, los filósofos y otros profesionales de las humanidades han abordado el campo médico, o lo que éste tradicionalmente ha sido, señalando sus imperfecciones, apuntando desarrollos, descubriendo su estructura. Sus contribuciones han permanecido relativamente disociadas de la práctica de la medicina, en parte por lenguaje, círculo de interesados y ausencia de instancias de encuentro. Parte de ellas se han codificado bajo el concepto de "bioética" con una faz sistemática y, por ende, una dimensión también profesional. Ello permite pensar que nos encontramos en los albores de una nueva expertocracia, de cuño aún impreciso y de carácter normativo, que a diferencia de la derivada del derecho y de la jurisprudencia se arroga fueros en el mismo campo de trabajo tradicional de los médicos. Constituida en profesión, Ya bioética tendrá inevitable- mente sus propios "intereses", sus sistemas de acceso a recompensas propias, sus normas internas (Agich, 1990).

Fuera de todo propósito polémico, el recuento de estos desarrollos persigue sólo ilustrar la búsqueda de invariantes de la medicina que permitan atisbar lo progrediente, esto es, sus desarrollos futuros. Como con la historia, en la que se distingue la *Historie - was in der Wirklichkeit geschehen ist* (lo que en la realidad ocurrió)- de la *Geschichte -wie das erzählt wurde* (como fue contado)- también en lo que llamamos medicina hay un rol o fondo universal de experiencias, contado, recontado y analizado desde

posturas diversas. La unidad no es natural, sino cultural o procedural. Debe ser construida, hoy y ahora, en un vuelco "pigmaliónico" de la racionalidad[13], que respete sus aspectos instrumentales, sus dimensiones hermenéuticas y su potencial moral o emancipatoria. Tal es, en síntesis, el programa de la teoría médica, que es metateoría, teoría de teorías (Lolas, 1990b).

A LA BÚSQUEDA DE UN ESTATUTO TEÓRICO

Es necesaria la búsqueda deliberada de un modelo de cientificidad para la medicina. Los límites y limitaciones de las profesiones se han vuelto confusos. Las demandas a la racionalidad superan con creces lo que ésta, históricamente, ha dado. El humanismo clásico ha sobrevivido a sí mismo, toda vez que sus temas, principios y doctrina, que desempeñaron un crucial papel de rescate en la conciencia europea de los siglos Xv al XVIII, se plantean hoy en forma repetitiva e ineficaz. Queda como voz ambigua, en manos también ambiguas, como recordación cosmética de ideales dignos y humanos, paradójicamente exitosos. El movimiento humanista fue un activo promotor de la secularización del mundo y la naturaleza, y pronto se unió al materialismo cientista que ha constituido la espina dorsal de la modernidad[14].

Enfrentada a la heterogeneidad de la medicina, una cientificidad coherente debe no sólo reconocerla sino explotarla. Por sus constantes antropológicas básicas como emoción, sufrimiento, goce, la medicina sólo es eficaz si es humanamente significativa, esto es, diseñada a escala humana. Sabiendo que la práctica obliga a compromisos, alianzas, desviaciones, torceduras de sentido, a veces casuales y circunstanciales, debemos buscar lo invariante en la teoría.

Este esfuerzo podemos denominarlo patología teórica, teoría de la medicina, metamedicina, en fin, filosofía de la medicina (Lolas, 1988b).

Deliberadamente evitamos hablar de salud y enfermedad. Confundir medicina con salud ha sido un vicio permanente del análisis y ha llevado a una "medicalización" que hizo a la profesión médica

ejercer, a veces contra su voluntad, de árbitro en la resolución de conflictos sociales (De Swaan, 1989). En Latinoamérica, donde la profesionalización plantea desafíos inéditos, una reflexión en tal sentido es urgente y necesaria, toda vez que el tema de la identidad de la propia cultura tiene permanente vigencia (véase Alarcón, 1990; Lolas, 1985b). Salud y enfermedad tienen que ver no sólo con la profesión médica y con una teoría de la medicina. Tienen que ver con todas las personas, con los expertos de otras disciplinas, con los políticos, con los gobernantes. No pertenecen exclusivamente a la medicina, y hasta podría argumentarse que la identificación de salud con medicina ha sido más negativa que positiva, considerando que se ha basado en una forma iatrotécnica de medicina. Medicalización de la vida y profesionalización de la medicina han sido desarrollos contradictorios. Una de las razones de la actual crítica de la profesión médica y la pérdida de su prestigio es una demanda inadecuada. Tal demanda proviene de un esta- tuto teórico que no se ajusta a la praxis de la profesión. Ésta, históricamente, ha contraído una estrecha asociación con la tecnocracia y se ha identificado con su sedicente neutralidad valórica, con su productividad y eficiencia y con sus estándares de "cientificidad objetual", atributos de otra profesión, la de tecnocientista, que si bien entrega poder y autonomía, no responde a las demandas que enfrenta hoy la profesión médica. Como se ha señalado, ésta pierde fueros. Los pierde frente a otras profesiones: psicólogos, administradores, abogados, economistas, gente común. Hay una revolución en marcha: de los pacientes, que ya no son pasivos; de los clientes, que quieren mejores servicios; de los expertos en administración, que piden más eficiencia (Amstrong, 1984; M. Haug and B. Lavin, 1983; M.R. Haug and M.B. Sussman, 1969). La respuesta desde la medicina ha sido variada. En una época, expandió su óptica: se hizo mirada y escucha, problematizó sobre alma y espíritu, se hiperespecializó, se tecnificó, se alió con el poder político y económico, se encastilló en sagradas ficciones (la relación médico-paciente, la competencia técnica), pero no superó su crisis. Crisis en los medios de producción de conocimientos, en su definición como actividad, en las respuestas frente a demandas sobre calidad de vida y obtención de bienestar. La socialización educativa -que alude al tipo de instrumentos conceptuales y técnicos que domina y cautela- y la contextura ética -que alude a deberes y derechos- no han sido suficientes.

Como respuesta a los desafíos sobre la calidad de la vida, el modelo médico, tanto en su aspecto disciplinario como profesional (si pudiera

distinguirse siempre entre ambos) ha engendrado insatisfacción. Parte procede de otros grupos interesados en controlar el poder de nominar e intervenir. Parte de los usuarios, que ven reducidas sus demandas a términos inadecuados. Parte de los políticos, que no siempre hallan en sus formas tecnocráticas rentables argumentos y popularidad.

Lo que conocemos como modelo médico en la modernidad occidental es un *producto cultural*[15]. Ha sobrevivido en una jungla de alternativas y se ha impuesto por medios que no dependen exclusivamente de sus recursos (Baer, 1989). Estos son, por una parte, estrictamente técnicos: herramientas, procedimientos, instalaciones; por otra, conceptuales: ideas de causalidad, de eficiencia. Las preceptivas médicas clásicas destacan la normativa técnica por sobre la relevancia humana (Gracia, 1990). Ésta ha entrado como añadido sobreentendido (el vago término "vocación" condensa su importancia), como artefacto también técnico pero no médico (psicoterapias no médicas, modelos educativos), como preceptiva religiosa o moral. Y así ha ocurrido que la medicina ha sido sucesivamente física, química y biología aplicadas a la salud y la enfermedad, sociología aplicada, sanación en sentido religioso, iatrotécnica de sesgo economicista e ingenieril, discurso sobre el hombre arrebatado a filósofos y sacerdotes. Pero una teoría propia, un estatuto disciplinario original, una "razón médica" autónoma no la ha habido. Cerró su horizonte antropológico a imitación de las ciencias de objeto, que representan la racionalidad del cientismo positivista. Los reclamos de una antropología abierta fueron desestimados por no aproximarse al ideal de cientificidad de las disciplinas "objetivas" (véase Lolas, 1984, Cap. 1). Se prefirió definir la salud y las enfermedades como "objetos" sin perspectivas individuales, sin opciones de construcción alternativa, sin contrastes.

La crítica ha demostrado, a veces con exageraciones, que la supervivencia de medicinas "alternativas" o "tradicionales" y la renuencia a aceptar la total sujeción de la vida a cánones iatrotécnicos es indicio de insuficiencia. Si hay quienes han pretendido desbaratar el *establishment* biomédico (o iatrotécnico) otros han propuesto formas de complementaridad e integración con las medicinas alternativas y también hay quienes estiman que la medicalización no es negativa, sólo incompleta e insuficiente (bastaría, por ejemplo, hacerla más plenamente "biopsicosocial" para aceptarla) (McKee, 1988; Scheper-Hughes, 1990; Sheldon, 1974; Unschuld, 1976).

El problema del estatuto teórico no puede ser marginal a la

existencia de la medicina como profesión. Puede formularse como la necesidad de una cientificidad integradora, multidimensional, de variadas perspectivas. A esto hemos llamado *perspectividad* y *multidimensionalidad* de la medicina (Lolas, 1988a); la reflexión debe partir de la *acción* de quienes se dicen médicos y de su *función* dentro de la sociedad. El término "ciencia de acciones" o "praxiología" rescata una forma de acción, que puede asimilarse a una praxis comunicativa (véase Lolas, 1989c). Contiene ésta, en un telescópico resumen, otras formas de praxis, patrimonio de otras profesiones, pero las complementa y enriquece con una retórica formulable en relación a lo médico (Lolas, 1991).

Si de cientificidad se trata, la cientificidad de acción tiene también - o puede interpretarse como teniendo - un objeto. Éste, como los de la ciencia, es invisible al ojo, impalpable al tacto e inaudible al oído. Es una *útil ficción*, un constructo que da coherencia y belleza al cuadro de la realidad. En la medicina se trata de una articulación entre objetos y sujetos que define su específico *interés*[16]. No es sólo *producto* de la observación, sino *fuerza productiva* de observaciones y conductas.

La medicina como profesión requiere una *competencia integradora*, que permita transitar desde lo analítico hasta lo religioso dentro de un *círculo metódico*, fructuoso, de antinomias y heterogeneidades, que cobre sentido en una totalidad transempírica, "desde" la cual los diferentes pasos o momentos del oficio tengan sentido, jerarquía y relevancia humana. Para construir esta forma de cientificidad necesitamos una *pragmática reconstructiva* del arte médico en diferentes épocas y sociedades, un examen de sus contrastes y contradicciones, una interpretación de sus desemejanzas y similitudes y permanente conciencia de su valencia emancipatoria o moral. Una ciencia de acciones es también de opciones y decisiones, de elección de cursos de acción o conductas, *constitutivamente ética*. Su eticidad no es un agregado expertocrático sino espontánea emergencia de su propia estructura. Lo importante es el énfasis en el sujeto de la acción - hoy el profesional - en quien encuentran unidad procedural y pragmática todas las formas conocidas de medicina. Ya no definiremos ésta por dispares "objetos". En un cambio de óptica, éstos son menos importantes que el *discurso que los crea y emplea*. Una praxiología teórica centra su atención en la *retórica de constitución de la disciplina, no en sus productos*.

Hace muchos años Viktor von Weizsäcker habló del principio de la puerta giratoria y del *Gestaltkreis* (círculo estructural).

Sus construcciones teóricas no fueron plenamente entendidas ni usadas por ajenas al modelo académico en que intentó formularlas. Desde el sistema nervioso hasta la vida social, argumentaba, encuéntrase una renuencia de nuestros métodos y datos a dejarse coger en la violencia de rígidos mecanismos. A una fisiología de las conducciones nerviosas *(Leistungsphysiologie)* oponía una de rendimientos significativos *(Leistungsphysiologie)*[17]. A la antinomia entre *percibir* y *actuar*, oponía su radical interdependencia, incluso su unidad. A la dicotomía entre lo psíquico y lo somático oponía una trama de significados que alternan y se reemplazan en la biografía. Las tesis weizsäckerianas fueron desfiguradas y trivializadas en animismos retardatarios y puestas a defender abstrusas psicodinamias. En parte él alentó este desarrollo por su obra más tardía, que alcanzó ribetes de revelación mesiánica. Mas lo substancial y rescatable es haber abierto la posibilidad de transitar en fértiles complementaridades, en demostrar que las preguntas son ya respuestas y que quien indaga fisiológicamente recibe respuestas fisiológicas y quien psicodinámicamente, psicodinamismos. Pero que la auténtica creatividad consiste en escapar de las inercias de la causalidad lineal, adentrarse en la vida no vivida, en la inescrutabilidad de los silencios de lo obvio, lo ignorado y lo sabido, y saltar hacia una síntesis conceptual que, más allá de sus pasos intermedios, desemboque en una antropología médica.

Hay que reconocer que fue un fugaz e incompleto intento de reformulación de la medicina. Insuficiente en la práctica institucional, magro en resultados inmediatos. Planteó la tesis, no novedosa mas no por ello menos verdadera, de que la ciencia pertenece al linaje de lo personal. Con eso dejó una pica en Flandes, puso al hombre como producto y como agente productivo de sus ciencias y sus artes, legitimó la pupila personal, el punto de vista, la opción que ahora formalizamos como ciencia de acciones, estatuto teórico de una medicina multidimensional, en el que no sólo hay asimetrías experto-profano sino también discursos complementarios, incluyendo el del médico como persona (Christian, 1989; Hahn, 1988; Lolas, 1988a). Esto último ha sido también destacado por aquellos que sugieren complementar la *medizinische Anthropologie* con una *ärztliche Anthropologie* (Hartmann, 1973).

LA MEDICINA, CIENCIA DE ACCIONES

El cambio de óptica que proponemos significa desplazar el interés desde los *objetos-productos* del conocimiento a los *procesos productivos* que los generan. Parece trivial pero tiene consecuencias importantes. Una es la definición de la medicina como ciencia de acciones.

Como *praxiología o Handlungswissenschaft,* la medicina está entre los saberes puros y la pura empiria. Entre la *epísteme* y la *emperéia.* En los escritos hipocráticos se habla de *tekhné. Tekhné iatriké.* El arte, la técnica, está en un plano intermedio: no es puro saber pero tampoco puro hacer. Es, como apropiadamente dice Laín Entralgo, un *saber-hacer.* Un hacer impregnado de teoría. Un saber que se justifica en la acción.

Este saber-hacer es praxis, acción, en que el sujeto es tanto agente como actor. *Acción* y *actuación* son inseparables en las profesiones; los oficios éticos son tanto modos de hacer cuanto modos de comportarse. Es redundante decir comportamiento ético. La eticidad pertenece al comportamiento como el calor al fuego. Podrá ser esta eticidad más o menos aceptable, anticuada o moderna, lesiva o benéfica, pero está siempre ahí, inmanente al comportamiento. Las profesiones son formas institucionalizadas de desempeñar oficios, por las cuales un grupo de personas hace pública confesión de su adhesión a una ortodoxia y a una retórica.

Cuando decimos que la medicina es ciencia de acciones y no de objetos, es este aspecto híbrido el que deseamos rescatar. Por cierto que, como toda disciplina, trata con objetos. Por cierto, y es importante, trata con ellos desde una cierta perspectiva, con una cierta finalidad y de una cierta manera. De ahí podemos partir para caracterizar las acciones que constituyen lo invariante en la medicina.

El término acción puede equipararse, para algunos fines, a comportamiento. La tradición nos obliga a distinguir entre *praxis* y *conducta.* Fue en el mismo año, 1913, que ambos términos, el alemán *Handlung* y el inglés *behavior* ingresaron al vocabulario de la ciencia (Graumann, 1980). *Handlung* lo traducimos por praxis, *behavior* por conducta.

Max Weber introducía el término *Handlung* por necesidades propias de su ciencia, la sociología, para dar cuenta de intenciones y motivos de los agentes sociales. Watson proponía el término *behavior* pensando en la determinación mecánica de la conducta por el ambiente bajo la forma de estímulos.[18]

Las finalidades eran diferentes: Weber quería una ciencia comprensiva. Watson deseaba una descripción fidedigna. Las predicciones de la primera debían hacerse en términos de *vis a fronte:* una *explicación* del comportamiento por sus *motivos.* Las *predicciones* de la segunda, por *vis a tergo:* la conducta se puede anticipar conociendo los estímulos; los estímulos pueden inferirse de la conducta. Para el conductismo todo comportamiento está determinado: es respuesta. Si los estímulos no son visibles, quiere decir que son *covert,* ocultos. Los nexos explicativos no admiten construcciones mentalistas, por innecesarias. Son metáforas prescindibles en la construcción de una ciencia.[19]

Aquí entendemos acción en los dos sentidos expuestos: como *Handlung* y como *behavior.* Dan cuenta de aspectos complementarios, que sería absurdo ignorar. El saber-hacer es tanto producto de condicionamientos como competencia creativa de un agente.

Los médicos de todas las épocas han hecho muchas cosas: han escuchado las penurias de las personas, han estudiado sus cuerpos, han consultado signos de la naturaleza, han dado nombres a los padecimientos, han explicado su génesis, han predicho su desarrollo, han intervenido activamente por medio de la palabra, la mano o el utensilio, han ayudado a prevenir males y a salvar vidas. Otros médicos han desarrollado teorías y modelos, estudiado animales, plantas y substancias. La lista es interminable.

A lo largo de la historia, los *objetos que han servido a los médicos* han sido diversos: templos, hospitales, manicomios, consultorios, bisturíes, fórceps, endoscopios, sondas. Los *objetos a que los médicos han servido* han sido también muchos: humores, discrasias, células, órganos, tejidos, tumores, inflamaciones[20].

Los primeros son objetos de la praxis práxica: *con* ellos se hace algo. Los segundos son objetos de la praxis teórica: *para* ellos o *contra* ellos se hace algo. Los primeros *sirven.* A los segundos *se sirve.*

La diferencia no es de inmediato evidente, pues muchas personas creen que células y tejidos fueron dejados allí completos por el buen Dios, hasta que alguien vino y los descubrió. Como decíamos más arriba, son construcciones, y de segundo orden, pues dependen de otras. La célula es una construcción derivada de una tecnología para ver lo pequeño. El ejemplo propone un desarrollo: primero el artefacto, luego la creación de factos (hechos), luego la concatenación de esos factos (teorías). Nuestra primera pregunta para identificar a la medicina como

ciencia de acciones es *quien* las realiza. Responder el médico es tautológico. El quien refiere a una función social. Una función es una acción supeditada a otras. La función social es una acción que tiene sentido en una comunidad. El sentido es el uso que los demás le dan. La relevancia de la acción no la dan sus gestores sino otros. Una acción solitaria es una acción sin sentido.

La evidencia histórica, la información de las ciencias humanas, la reflexión filosófica y las demandas sociales coinciden en un punto: se recurre a una *profesión de ayuda* cuando algo falta, cuando una carencia se deja sentir.

LAS ACCIONES DEL MÉDICO

VIÑETAS ILUSTRATIVAS

Supongamos que un día despierto con un fuerte dolor en las articulaciones, una sensación de pesadez en la cabeza y un sentimiento indefinible de fatiga e incapacidad. Me siento mal. Es posible que algún compañero de trabajo, al verme llegar, diga: "te ves pálido" o comente sobre lo poco activo que aparezco. Me consideran mal. Si decido ir a ver al médico, mis motivaciones son varias: en primer término, deseo me diga qué tengo: podía ser un resfrío, pero también podría ser una artritis infecciosa, o una grave enfermedad desconocida que podría terminar con mi vida. El "doctor" debe saberlo (por algo es docto). En segundo lugar, yo desearía que él ratificara mi deserción del trabajo con una excusa digna: él certificará que, efectivamente, en mi estado, no puedo trabajar; de esa manera, mantendré mi crédito social, adquiriendo el derecho a recuperar mi actividad y mi eficiencia (mi "salud") sin las imposiciones de mi rol habitual. En tercer lugar, yo deseo ser aliviado de mi malestar: el médico prescribirá una medicina, indicará ciertas medidas que surtirán el efecto de recuperar mi entusiasmo. En cuarto lugar, deseo saber qué pasará conmigo: si acaso esto es algo que me atormentará siempre, si será hereditario, si se puede prevenir que me venga cuando esté de viaje el próximo verano, si es contagioso, si me impide contraer matrimonio, ir a fiestas o beber vino.

Estas son algunas razones para ir al médico. Por lo menos, son las más habitualmente declaradas. Pero hay otras, muchísimas otras, que tangencialmente tocan el oficio explícito del médico: ser escuchado, obtener información, prevenir una crisis, atenuar la angustia, por ejemplo.

Sólo cuando el médico emite su diagnóstico puedo decir que *tengo* una enfermedad. Hasta ese momento me había sentido enfermo o me habían considerado tal. El médico ha dado un nombre a mi dolencia. Ese primer acto taumatúrgico tiene varios efectos: en primer lugar, la ha transformado, de vago malestar o trastorno amenazador, en una enfermedad. Él ha dicho: es una fiebre tifoidea. No exactamente así, quizás. Tal vez dijo: "podría tratarse de una fiebre tifoídea; para comprobar- lo, le tomaremos unas muestras de sangre y las enviaremos al laboratorio. El resultado confirmará mi sospecha, pero mi experiencia me indica que los casos como el suyo suelen terminar con ese diagnóstico en un buen porcentaje". El doctor ha dicho un nombre y desde ese momento "tengo algo".

Ahora puedo enarbolar "mi" enfermedad, ponerla sobre el papel, dictarla por el teléfono. Se ha vuelto densa, es un "objeto" que resume muchas cosas: resume, por ejemplo, un conjunto de causas, un pronóstico, una evolución "natural", una forma aceptada de intervención y control. Tiene un contenido simbólico. Mi jefe deberá aceptar mi ausencia por ser ésta una excusa válida. Me tendrán que excusar en la casa por no ir a comprar el fin de semana. Voy a tener licencia para recuperar- me. En realidad, tengo la obligación de recuperarme según lo prescribe también mi diagnóstico. Esta enfermedad que ahora tengo viene prefijada en sus detalles; no me autoriza, por ejemplo, a jubilar, tampoco a dejar de trabajar un año. Aunque pudiera (si la fiebre me bajara) no sería correcto que me fuera al cine.

Obsérvese la cascada de efectos que la pura nominación de mi malestar ha tenido. Efectos que no sólo me conciernen a mí, sino que afectan a muchas personas y a muchas situaciones. Desde luego, quienes están relacionados conmigo tendrán que arreglárselas sin mí, mis asuntos quedarán transitoriamente suspendidos, mis planes tendrán que modificarse.

Pero hay otros efectos. El nombre de mi enfermedad, afortunadamente, figura en el catálogo de la medicina. Es una

enfermedad reconocida; legítima. Otro hubiera sido el caso si el médico, tras largo cavilar, me hubiera dicho: "no sé realmente qué le aqueja; nunca vi nada parecido: pediré al laboratorio un informe sobre su sangre y usted deberá ir a visitar a mi colega X para que dé su opinión". O si, como es más probable, no hubiera dicho nada en absoluto y se hubiera limitado a darme una serie de pócimas, grageas y papeles conteniendo instrucciones, órdenes para exámenes e interconsultas. Mi preocupación, lejos de desaparecer, hubiera crecido. Al salir podría pensar: "esto va mal; tal vez mi caso es tan serio, que el médico no quiso decírmelo". Otra alternativa: "parece que no es nada, pero en fin, veremos qué dicen los exámenes". Y una tercera: "este médico no entendió nada; ni siquiera prestó atención cuando le dije que había tenido vómitos; y para colmo, no me dio ningún remedio; visitaré otro médico; tal vez el doctor Z, que el otro día apareció en televisión; o le preguntaré a mi vecino, que 'tuvo' algo parecido el año pasado".

En esta situación, al quedar mi malestar innominado, no se ha cerrado el círculo. No ha resuelto la carencia ni eliminado el problema. Más bien, se han creado otros problemas.

Imaginemos que vuelvo a los pocos días al mismo médico premunido de los resultados de mis pruebas de laboratorio. Algunas, las he mirado, parecen estar dentro de límites norma- les, otras están elevadas (por ejemplo, al lado de la sigla VHS dice "70" y entre paréntesis "anormal"). Yo no entiendo los guarismos que porto, necesito del médico para que me los aclare. Entretanto me he ido sintiendo mejor, aunque no del todo bien. No quisiera ir aún a trabajar, aunque necesito hacer- lo. En los días de inacción mi familia parece haberse ocupado algo más de mí. Llamó, por ejemplo, la tía R, que nunca se toma la molestia de hacerlo. Me han ido a ver mis amigos. He recibido una comida especial. Naturalmente, esto no le interesa al médico; por lo demás, él debe saberlo, porque casos como el mío habrá visto muchos. Diré que estoy más o menos y él comprenderá.

En la sala de espera, observo que hay personas realmente mal. El señor de enfrente, por ejemplo, tiene decididamente un color terroso muy poco prometedor. He leído que los cancerosos se ponen así. ¿Y si yo tuviera cáncer?, ¿qué haría? ¿Y si lo mío fuera, después de todo, la primera fase de una grave y mortal enfermedad? Esto se lo preguntaré al doctor; ojalá no se ría de mí.

El médico está evidentemente complacido con el resultado de mis exámenes. "No tiene usted nada", dice triunfante. ¿Cómo puedo

no tener nada, si me sentía tan mal?, ¿y qué fue de su diagnóstico, de la enfermedad que parecía tener? "Pues no, que no la tiene. Aquí está la prueba; su título de anticuerpos es bajísimo. Ahora a recuperar el tiempo perdido".

La perplejidad se atenúa algo cuando me dice, confidencialmente, que la medicina, como toda ciencia, puede equivocarse. Es posible que "haya hecho" un "cuadro" viral, que son frecuentes y que a veces se confunden con enfermedades más serias. No tengo de qué asustarme y puedo volver al trabajo. Siento que el doctor no sólo quiere que me vaya de su oficina (ya no tengo una enfermedad, mi salvoconducto para entrar a ella) sino además quiere devolverme a la fuerza productiva (no se justificaría una extensión de mi licencia).

De nuevo, aquí hay decisiones que tomar. Creer o no creer es una. ¿Será este médico un especialista competente? ¿Es, en realidad, un especialista? ¿Habrá interpretado cuidadosamente todos los indicios? ¿Tomaría nota de los sudores que padezco en las noches, de la sensación de fatiga al menor movimiento, del fuerte dolor de cabeza, de la intolerancia al cigarrillo que se me agregó ahora último? Bueno, pero si hubiera sido grave, el laboratorio lo diría. La prueba de que estoy sano es irrefutable. Las máquinas no mienten ni se equivocan.

Una decisión puede consistir en aceptar el veredicto de la prueba objetiva: estoy sano. Ya hasta parece que me siento mejor. Respiro aliviado. Otra alternativa es declararla nula: el laboratorio, al fin de cuentas, no era el mejor; puede errar. Sigo sintiéndome mal. No sé si me siento mal porque mi proceso patológico sigue su marcha o si porque deseo, a despecho de lo que dicen, demostrar mi malestar.

Supongamos otro escenario: durante mi segunda visita al médico le he mostrado los papeles que contienen resultados de exámenes. Los ha tomado, examinado, pensado y dicho: "No tiene usted lo que yo pensé; pero aquí hay algo... no sé... pediremos una biopsia de hígado ... es bueno que siga en reposo... la próxima semana tendremos pabellón para practicársela ...". Sé que el motivo de mi malestar y de mi primera queja queda desechado: es nimio, estaré bien. Pero la exploración de mi organismo ha revelado otra cosa, que sí parece importante; esto es grave. El médico ha tomado con mayor vehemencia mi caso. Soy un auténtico paciente: padezco algo, tengo una enfermedad, transporto un mal pasivamente. Y de todo eso, no sé nada.

No encuentro palabras para expresar el temor que me embarga. Iré a ver a J, amigo médico, y le pediré explicaciones sobre ese procedimiento; si hay que hacerlo en un pabellón de cirugía, es porque se trata de algo serio. Leeré un libro de medicina que vi el otro día en la casa de L.

El cuadro puede variarse de infinitas maneras. Supongamos que trabajo en una empresa que por diversas razones no permite que uno de sus empleados enferme de gravedad. Lo ha dicho el gerente en más de una ocasión. Mi situación económica está debilitada porque recientemente hemos invertido en ampliar la casa, en arreglar la pieza del jardín y en comprar un nuevo automóvil. He tenido la precaución de contratar un seguro de enfermedad, que cubre casos como el mío, sólo que si mi enfermedad fuera antigua, preexistente al seguro, éste no pagaría nada. Me invade por lo tanto un sentimiento de vaga inquietud, que se desplaza de mi cuerpo a mi entorno, a mi familia, a mi grupo laboral, a los agentes del seguro, a las cosas que he comprado y a las que deberé renunciar, al hospital en que me practicarán una intervención, a los libros que contienen informaciones. Mi cuerpo, con el que conté siempre, se vuelve problemático. Es ahora parte de un rompecabezas que contiene piezas humanas y no humanas. El tiempo que me queda por delante está erizado de trastornos. El tiempo que dejo hacia atrás era, con todo, muy bueno. Y me siento definitivamente mal. No había notado, por ejemplo, que desde hace meses he bajado de peso, que ya no duermo tan bien como antes, que tengo ojeras. Se me ordena algo el pasado, múltiples signos revelan al fin su significado oculto. Se convierten en señales, en síntomas. Lo que ha ocurrido surte un efecto cohesionador para el rompecabezas. Las piezas que faltan son poco prometedoras, pero tienen un sentido. Mi vida entera hasta este momento ha cambiado de sentido.

Imaginemos en seguida el efecto de mi estado sobre quienes me rodean. Ya no importa demasiado qué dirá el gerente. Pero bastante lo que dirá mi familia. Seré una carga. Gastaremos el dinero de las vacaciones, o de la nueva cocina, o del curso que mi esposa pensaba tomar.

Este escenario acomoda otros argumentos. Basta con el señalado para indicar que lo que antes era irrelevante o trivial ha adquirido el carácter de una red que todo lo conecta. Y se conecta, mágicamente, a través de un simple intercambio de palabras. En rigor de verdad, aún no ocurre nada, pero ya parece que todo hubiera adquirido un cariz

diferente. El médico, que sabe de estas cosas, me ha transmitido una sensación ambigua; ha desestimado mi queja pero me ha creado otras. Ha legitimado un papel, el de paciente, intuido en las reacciones de otras personas, avizorado en ese enfermo que vi en su consultorio, conocido por lo que le ha ocurrido a mis conocidos.

OBJETIVANDO CIENTÍFICAMENTE EL SUFRIMIENTO

La multiplicidad de acciones examinadas nos encamina hacia algunas conclusiones. En primer término, la heterogeneidad del punto de partida de las historias. La historia del doliente empieza con un vago malestar. La historia de los conocidos con una casual evaluación de su estado. La historia del médico con indicios que configuran un diagnóstico. Son tres discursos, tres narradores, tres retóricas. A veces, coinciden: me siento enfermo, me consideran enfermo, tengo una enfermedad. A veces se disocian: me siento enfermo, me consideran enfermo, pero no tengo una enfermedad; o bien, no me siento enfermo, no me consideran enfermo, pero sí tengo una enfermedad. En fin, las combinaciones son múltiples, porque no son estados discretos. Puedo estar "algo" enfermo, sentirme "algo" limitado, tener "enfermedades triviales, complicadas y graves". Es un juego de significaciones multifacéticas.

En muchos idiomas, suele distinguirse entre la sensación subjetiva de malestar *(illness, Kranksein),* la enfermedad diagnosticada *(disease, Krankheit)* y la enfermedad estimada por otros profanos (la sociedad en general), a la que podemos llamar *sickness.* Los términos de una esfera no siempre tienen equivalencia en las otras. Describo mi malestar como dolor de cabeza, sensación de fatiga, un no-sé-qué. Los demás hablan de lentitud, palidez, distracción. El médico dice: cefalea, astenia, adinamia, síndrome febril; y resume: fiebre tifoidea. El suyo es un lenguaje de lenguajes: primero traduce mis quejas a términos técnicos, luego combina los términos y formula un diagnóstico. Las reglas de su combinatoria son parte de su arte y están moldeadas por su experiencia. Su comportamiento es fruto de estudio, observación e historia previa.

Lo que caracteriza a la disciplina médica es ofrecer

ðbjetivaciones"deformas de sufrimiento o menoscabo. La medicina crea objetos que tienen contenido simbólico e intencional. Uno es la idea de enfermedad. Se trata de un objeto teórico, que se define por contraste con otros: la salud, el bienestar. Al observar el proceso de gestación de tales objetos, legitimamos lo médico en una instancia procedural, en la acción de generarlos.

Para entender el alcance de esta expresión, digamos que objetos no son cosas. La medicina crea objetos-cosas: instrumentos, hospitales, fármacos. Pero no todos los objetos son cosas; hay objetos conceptuales: por ejemplo, técnicas quirúrgicas, las entidades mórbidas de una nosología, la idea de salud. Y hay aún otros objetos creados por la medicina: intereses, relaciones humanas. Hemos visto que el diagnóstico crea una cascada de hechos, algunos tan próximos al cuerpo como una infección o un tumor, otros remotos como la reacción de otras personas y algunos tan lejanos como el proyecto de vida. Esos son objetos ofrecidos por la medicina en un paquete compacto. Los objetos "entidades mórbidas", en cuya detección e identificación se basa el diagnóstico, tienen contenido simbólico e internacional. Significan algo y "le" significan algo a las personas. Una palabra -por ejemplo, cáncer- se carga de connotaciones, reformula relaciones sociales, termina otras, significa exploraciones instrumentales, células dañadas, sangre diseminadora.

Los objetos de la medicina, como los de la ciencia, son "cajas negras". Operamos con ellos, los combinamos, los ponemos a funcionar como palabras clave. Se configuran en base a distintas racionalidades: una racionalidad instrumental, por un lado, que define lo que biológicamente es, una racionalidad psicológica, por otro, sumatoria de las reacciones a la comunicación, una racionalidad social, que alude a los intercambios entre personas.

La medicina no es esos objetos. La medicina es el modo o la praxis que los configura en una sociedad determinada. Es la acción objetivadora, generadora de objetos, en consonancia con otras esferas de la cultura, en el plexo de intereses característico de ella, de una clase social, de un grado de desarrollo instrumental.

Así puede entenderse por qué, en tanto praxis, es comparable la actividad del *medicine man* y la del especialista de Nueva York. Ambos, cada uno con sus recursos, construye objetos para dar cuenta del sufrimiento y del menoscabo de otras personas. Estos objetos incluyen,

en un plexo semiótico, causas, pronósticos, evoluciones e intervenciones. Cada artefacto médico es *multidimensional y polisémico.* Significa muchas cosas al mismo tiempo y cosas diversas a sujetos diversos.

Sólo el espejismo de que la racionalidad iatrotécnica es única nos lleva a privilegiar algunos objetos frente a otros. Estructuralmente, cuando el *medicine-man* o el chamán da un nombre al padecimiento hace lo mismo que el médico, sólo sus recursos y materiales son distintos.

Normalmente contamos la historia de la medicina como la de sus objetos-producto. Así, decimos, la medicina humoral sostenía que las enfermedades son *discrasias,* malas combinaciones de humores; en algún momento, la putrefacción intestinal se erigió en piedra angular de la patología. En otras épocas, sólo los microbios fueron importantes; aun en otras, los desórdenes de la nutrición. Los objetos se multiplican: hay carcinógenos, microbios, vitaminas, radiaciones, estrés, angustia, deficiencias hormonales, etc. La racionalidad instrumental identifica la acción que construye esos objetos con los objetos mismos. Leemos la historia de una manera eliminativa: esa gente que creía diagnosticar por las precipitaciones de la orina en un vaso y señalaba el órgano enfermo por el sitio donde quedaban los cristales, estaba definitivamente mal. No hay relación entre la precipitación de la orina y los órganos del cuerpo. O los que atribuían la peste a las miasmas estaban definitivamente confundidos. Hoy, gracias a nuestro progreso, hemos superado esas erradas nociones.

En todos esos casos, el hecho médico consiste en construir una objetivación para el sufrimiento y el dolor. La actividad simboliza estados de relación social y cumple propósitos análogos: proporciona metáforas mediante las cuales la gente reformula su sufrimiento y busca formas de controlarlo.

Podrá decirse: está bien, pero esas erradas nociones no ayudaban a las personas. Era falso atribuir a las miasmas la peste, porque después se supo de los microbios. Mas también, podría argumentarse, es cierto que los microbios no bastan: precisan, para producir enfermedad, un terreno predispuesto. Sabemos que hay adaptaciones genéticas que minimizan el impacto de las infecciones. Por último, qué significa enfermedad. Es una determinación técnica, entregada a un experto. Antes de llegar a él, la gente sólo se siente mal, tiene malestares pero no enfermedades. Antiguamente, todos quedaban tranquilos con

un diagnóstico como hidropesía, que involucraba algunos tratamientos (ineficaces). Hay categorías enteras de enfermedades que ya no existen.

¿No será muy general la definición? ¿Qué hace la religión sino ofrecer objetivaciones y explicaciones para el sufrimiento? La diferencia estriba en que la medicina las ofrece desde la ciencia (o racionalidad) y no desde la trascendencia. El animismo médico, cuando existe, trae lo divino al alcance del cuerpo, con fines distintos de los de la religión.

Por lo tanto, se trata de objetivaciones científicas o racionales. Muy bien. Pero, ¿qué es médico en ello? Los psicólogos podrían decir que hacen lo mismo. Ofrecen objetos para construir de determinada forma ciertos tipos de padecimiento, en realidad casi todos. Es cierto. Estructuralmente, todas las profesiones de ayuda *(helping professions)* se parecen. La diferencia radica en la competencia y la actitud. La competencia del médico debe ser integradora, recorrer lo somático, lo psicológico y lo social. La medicina ofrece múltiples actores.

No son los objetos ni los recursos técnicos Jo que tipifica a la medicina. *Es su función, esto es, la acción supeditada a otras acciones en el cuerpo social.* La medicina no tiene que ver con la salud y la enfermedad más de lo que tiene que ver todo el mundo y a toda hora. Tiene que ver con ellas de manera diferente. Es otro discurso sobre lo mismo. Pero no el único. Ni necesariamente el más válido. Como espacio semántico lo que realmente se diga en su interior es menos importante que su mera existencia. Es un *lagos* que con otros funda relaciones sociales, transitividades; un hogar, en suma, pues con el logos habita el hombre el mundo y hace de él su hogar.

HEGEMONÍA DE LA IATROMEDICINA

¿Por qué la medicina contemporánea no es declarada de inmediato la culminación de los tiempos? Hoy sabemos mucho de enfermedades. Tenemos objetos para intervenir sobre ellas, previniéndolas o curándolas: técnicas, instrumentos, conceptos.

La verdad es que si las cosas fueran bien, no debería haber enfermos. La situación de la medicina es paradójica. En términos de salud y enfermedades, si fuera totalmente exitosa, se aniquilaría a sí misma. No habría más dolencias que diagnosticar, más enfermos que tratar, más problemas que prevenir. Mas la medicina no tiene que ver con enfermedades más que otras disciplinas, sólo lo hace de manera distinta. No es verdad que solucione problemas definitivamente; la mejoría de la calidad de vida puede explicarse por otras causas: educación, saneamiento ambiental, entre otras. No es verdad que cure todo, porque muchos que han sido curados, no se sienten "sanos". No es verdad que la iatrotécnica deba su hegemonía a su eficacia. La debe a que la profesión médica de esa orientación supo aliarse con el poder y el dinero y retener el prestigio de "la ciencia". No es verdad que todas las decisiones tomadas en su seno sean "científicas" o "racionales". Muchas paradojas son, dentro de ese discurso, inexplicables. Por ejemplo, las diferencias en los estilos de prescripción de medicamentos, los criterios dispares para indicar intervenciones quirúrgicas, los límites de la normalidad cambian significativamente de país a país, aun con desarrollos técnicos comparables.

LOS LÍMITES DE LA MEDICINA

Lejos está nuestro argumento de restar importancia a la medicina como disciplina y como profesión. Se trata de buscar un estatuto teórico a fin de desarrollarla, evitando paradojas obstructivas y pugnas debilitadoras con otros grupos profesionales. La teoría médica cumple varios papeles (entre otros, el de presentar compactamente la disciplina y examinar la validez, verosimilitud y legitimidad de su discurso) pero uno frecuentemente olvidado. A través de ella *se articula su práctica con el imaginario social, con el arte, con la moral, con las ciencias.* Es muy práctico desarrollar una buena teoría. Así pueden verse las armonías y disarmonías del desarrollo histórico, entender las agresiones de fuera y los errores de dentro.

La teoría médica es, por necesidad, teoría de teorías - o *metateoría*. El hecho médico no ocurre sólo en el espacio de lo científico, biológico o social, ni sólo en el ideológico, sea ideología implícita o explícita, ni sólo en el psicológico individual, sea conflicto intrapsíquico

encuentra en la noche 276 del libro de *Las Mil y Una Noches,* la medicina está dividida en dos partes: patología y terapéutica. Para la época en que se compone, o sitúa, siglos VIII y IX, los grandes médicos de Oriente son todavía griegos y persas. Los árabes, con posterioridad, absorberán la medicina entonces científica y producirán las obras inolvidables del Medievo, como el Canon de Ibn-Sina (Avicena) o Los escritos de Aben-Rosch (Averroes) de C6rdoba.

El intercambio de preguntas y respuestas entre la versada Tauaddud y el médico permite inferir la construcción del cuerpo en su época. Con nociones tomadas de Hipócrates, Galeno y Dioscórides, la medicina aparece envuelta en un acendrado naturalismo materialista. Se habla de las cinco facultades "que llamamos sentidos interiores": el sentido común, la imaginación, la razón, la memoria y la intuición, y se los localiza directamente en la cabeza. Cada una de las tres almas del hombre, la animal, la espiritual y la natural posee su propia inteligencia.

Con respecto al descubrimiento de las enfermedades, cinco son Los principios mencionados por la esclava: lo que hace el enfermo, lo que le pide su cuerpo, el dolor que experimenta, el sitio en que se encuentra la hinchazón, y el sudor. Una vez determinado el diagn6stico, el médico entrega remedios apropiados.

El cuerpo humano de la medicina antigua era diferente en su arquitectura, composición, e influencias. Pensar, por ejemplo, que "el vientre es la mansión de la enfermedad y la dieta la medicina principal, y la mala digestión, la raíz de todo mal" es una afirmación en la cual hay algo de verdad y algo de mito. El médico del Islam, como antes y después otros médicos, tenía la función de dar coherencia a los signos del sufrimiento y la minoración. Su praxis era la construcción de objetos mediadores entre el sufrimiento y su alivio. En la historia de la esclava sabia, derivan de fuentes griegas y latinas o de una tradición oral
puramente empírica.

Entre una medicina empírica y una racional, como señalaba Claude Bernard, la diferencia es un conjunto de normas y principios azarosos (meramente "conjeturales"), derivados de una observación casual, versus fundamentos regidos por leyes universales de causación. Para Bernard la medicina científica tiene por fundamento la fisiología, aquella parte de las ciencias que se ocupa de las funciones "normales"; derivaba, en su época, la mayoría de sus datos de la experimentación

en animales.

La necesariedad de los acaeceres es la marca principal de la metáfora biológica que se convirtió en base de la medicina científica. Es necesariedad universal, pues los conocimientos obtenidos en el perro son aplicables al hombre y las condiciones del laboratorio son las del cuerpo. No otra es la idea de naturaleza: aquello que existe sometido a leyes necesarias y universales, sobre las cuales no hay designio ni reflexión. Se trata de materia en movimiento descriptible en base a algunas propiedades fundamentales.

El realismo ingenuo supone que la naturaleza tiene una *contextura,* que aprehendemos estudiando su *textura.* Determinados procedimientos instrumentales sirven para conocer las claves del mensaje, que está cifrado. Podremos leer el libro de la naturaleza sin error si nos aplicamos con celo y método. Se precisa solo un método infalible, un procedimiento seguro para arrancar la verdad a la naturaleza. Este *organon* será renovado varias veces en el curso de la historia: será, por ejemplo, racionalidad autónoma; será también, experiencia; o experimento; o una combinación. Sera "el" método científico.

La identificacion del médico con el científico es parte de un confuso e interesante folclore. La preceptiva hipocrática indica que el médico precisa *tópoi*, lugares comunes, orientaciones y reglas practicas para la acción. Ellas expresan racionalidad pero no la generan. El médico de hoy no establece leyes generales; se sirve de ellas como de objetos ya preparados por otros. La medicina semeja una retórica - o un conjunto de retoricas, pues muchas formas coexisten en una sociedad- que ofrecen narrativas consistentes del sufrimiento y del menoscabo en base a principios derivados de la racionalidad. Como géneros narrativos, tienen las medicinas sus estéticas y recrean plexos de connotaciones apenas observables en la práctica concreta. Cada afirmación remite a una totalidad que en la inescrutabilidad del silencio (de lo obvio, de lo ignorado, de lo supuesto) es una perspectiva de descubrimiento, desde la cual tienen sentido otras afirmaciones. Es, por ende, la forma de esta teoría, su vertebración fundamental, lo que interesa. Y, como aquí sugerimos, los modos de su construcción.

El modo de construcción deja entrever una imagen del hombre, un horizonte antropológico. Toda ciencia lleva implícita una antropología valorativa. Una debilidad de la teoría iatrotécnica es no dar cuenta del

estado de bienestar, no articulario más allá de objetos manipulables por expertos. Recientemente, bajo la forma de calidad de la vida, ha empezado a tomar cuerpo la idea de que la salud es más que la medicina y que la calidad de la vida representa lo que la gente valora, a veces a despecho de lo que la medicina profesional iatrotécnica piense (Lolas, 1990a; Spilker, 1990).

EL SISTEMA DE LA MEDICINA IATROTÉCNICA (BIOMEDICINA)

Observábamos que con la medicina ocurre algo semejante a lo que acontece con la meteorología. Todo el mundo escucha los pronósticos; todo el mundo desconfía de ellos. Todos consultan médicos cuando la ocasión lo requiere. No todos confían en ellos. La *compliance* - esto es, el acatamiento de las indicaciones terapéuticas- es baja, especialmente en algunas condiciones crónicas. Las discrepancias en indicaciones y en niveles apropiados para intervenciones son flagrantes. Los resultados de encuestas públicas revelan falta de confianza en los profesionales médicos.

El sistema de la medicina iatrotécnica, que equiparamos aquí a biomedicina[22] , semeja una red. Ampliamente distribuido, afecta prácticamente todas las esferas de la vida, en forma desigual. Es frágil en sus detalles, poderoso en su totalidad. Este o aquel medico puede no ser bueno, pero ello no pone en entredicho la institución de la medicina.

Cuando afirmamos que el rol de la medicina es brindar objetivaciones para el sufrimiento y el menoscabo, no queremos decir que cada miembro individual de la institución lo corporice. Entre el investigador en ciencias básicas y el médico rural, hay multitud de formas de ejercicio profesional. Hay médicos dedicados a la práctica privada; los hay que trabajan como burócratas; los hay que fiscalizan las actividades de otros. Hay distintos especialistas, y el número de especialidades crece día a día. La función a que nos referimos, unidad procedural de la medicina como profesión, puede no encontrarse cabalmente representada en las actividades de individuos aislados. Es cumplida, no obstante, por la totalidad de la institución social "medicina", independientemente de su forma. La particularidad de la iatrotécnica

biomédica es imponer una hegemonía ideológica.

Llamamos ideología a creencias que legitiman conductas o practicas y, simultáneamente, parecen basarse en evidencias empíricas o verdades irrefutables. Las ideologías ayudan a transformar el poder (influencia potencial) en autoridad (con- trol legitimo), que requiere consenso societario.

Los recursos primarios y secundarios se distribuyen de manera desigual entre las personas y las profesiones por consideraciones ideológicas. Muchas verdades científicas reproducen conocimiento convencional, cuya substancia es ideológica23. Los hábitos con que personas de todo tipo y condición rigen sus vidas tienen una prehistoria ideológica.

Esto no significa que los hábitos, normas y creencias sean falsos, inadecuados o negativos. Significa que la construcción social de Los hechos y de la realidad nos impone tratar con razones impuras ("interesadas"), que no puras.

La *compliance* y el *ejecta placebo* son buenos ejemplos de la contextura ideológica del discurso biomédico.

Estos términos, empleados en farmacología, no se restringen a ella. Pueden aplicarse a cualquier intervención terapéutica: verbal, química, manual, instrumental.

IATROTECNICOS EN ACCION. VIÑETAS

El doctor R nació y creció en un vecindario pobre. Su mayor logro, debido a los desvelos de su madre viuda, fue llegar a la universidad y estudiar medicina en medio de grandes privaciones. Sus compañeros de estudio lo recuerdan taciturno, reservado y esforzado. Recuerdan también que tempranamente, mientras cursaba el tercer año de la carrera, debió empezar a trabajar para costear sus estudios y contribuir a los gastos de su hogar. Hoy es un especialista prestigioso, cuya habilidad técnica y social nadie desconoce. Es el favorito de las revistas femeninas por sus provocativas declaraciones sobre temas de actualidad. Cobra caro, dice, para no malgastar sus talentos. Trabaja, sin embargo, algunas horas semanales en forma gratuita.

Para el doctor R la medicina es más que un simple oficio. Es una forma de vida que le ha permitido movilidad social. Las recompensas de

prestigio, dinero y poder han llegado con creces. El doctor R no permitiría que la institución a la que ha llegado a pertenecer sea criticada, examinada o puesta en tela de juicio. Para el doctor R cualquier argumento técnico puede trocarse en una amenaza para el orden establecido.

El doctor R puede aceptar, es cierto, juicios discrepantes sobre un caso. Aunque sus abuelos usaban sahumerios y aun su madre cree en ellos, el doctor R representa la ciencia y solo se identifica con lo que dice el *New England Journal of Medicine*. Para el no es contradictorio que muchos de sus pacientes no son como los individuos descritos en las revistas extranjeras. En más de una ocasión ha recalcado que su postura política es de total neutralidad. Sin embargo, sus preferencias son francamente conservadoras. Es un estudioso que ha llegado a tener lo que tiene a través del esfuerzo personal y no desea verlo perdido. Le irrita la holgazanería y la superficialidad.

Para el doctor R la medicina ha constituido una poderosa palanca de ascenso social. En el término de una generación, los suyos han accedido a prestigio, dinero y ascendiente social. Sus hijos gozan de una educación de elite y pertenecerán, no bien tengan sus propias profesiones, al grupo dominante intelectual y económicamente en el país latinoamericano que heredaran.

Sigamos ahora al profesor J, importante investigador norteamericano en el campo de la endocrinología.

La jornada de J empieza temprano. Es un deportista que practica treinta minutos de "jogging" antes de tomar su desayuno a base de "corn flakes", café y huevos con tocino. Su automóvil lo conduce luego al ZZ Memorial Hospital, en donde un enjambre de secretarias apresta los informes que el solicitara no bien estudie el programa del día. Hay varias recepciones en la tarde, una ceremonia de graduación de enfermeras al mediodia y una junta importante con los ejecutivos de una compañía electrónica que ofrece beneficios si se adquiere su instrumental. El profesor J sabe que mucho de lo que pueda hacer en los meses venideros depende de esa entrevista, y solicita el "dossier" del equipo. Después de un rápido vistazo, indaga por los pacientes de la sala especial destinada a investigaciones en enfermedades metabólicas. Los ayudantes esperan su visita para las nueve y media, y entonces informaran sobre los estudios con los productos de la industria farmacéutica X, que los financia. Una subvención adicional ha sido obtenida por uno de sus colaboradores mediante un proyecto del Instituto Nacional de Salud, asegurando

remuneraciones para el personal por un año completo.

El Dr. J procede de una familia judía del Bronx y fue, como otros de su generación, un muchacho modelo. Buen estudiante, buen deportista, familia convencional. Rapidez, autosuficiencia y audacia han caracterizado su carrera. Está más allá de los "seis dígitos" en sueldo y su posición está asegurada en la Facultad de Medicina en que trabaja gracias a ofertas generosas de otros centros, adecuadamente publicitadas. Ha desistido de obtener poder institucional, pues lo sabe incompatible, por el momento, con sus aspiraciones científicas, entre las que no confesadamente se avizora el ingreso a la Academia Nacional de Ciencias e incluso el Premio Nobel. Su base de apoyo es lo suficientemente firme como para permitirle prolongadas ausencias dictadas ante todo por la necesidad de informarse de lo que otros están haciendo (generalmente en los "coffee breaks" de los congresos) y la siempre apremiante obtención de nuevos recursos financieros. El Dr. J sabe que hacer ciencia es como andar en bicicleta. El que se detiene, cae. Por eso, cuando prepara una solicitud de subsidio, ya está planeando que ocurrirá en dos o tres años, cuando ella - de ser aprobada- esté terminada. La maquinaria funciona bien, y aquellas de sus piezas que no responden son reemplazadas: secretarias, asistentes de laboratorio, bioquímicos, médicos se encuentran, tanto o más que el mismo profesor J, en un estado de permanente emergencia. Sienten extrema urgencia de mantenerse informados, de escribir informes y trabajos científicos, de conseguir fondos para nuevos proyectos.

El Dr. J, a decir verdad, no tiene demasiado interés en los temas que actualmente investiga. Desde su tesis doctoral no se ha interesado más que por las hormonas esferoidales y cada año aporta un nuevo pretexto para publicar cinco, o tal vez más trabajos importantes, sin contar las numerosas presentaciones a congresos, las conferencias, y las reediciones del libro de texto que, entretanto, rinde buenos dividendos a los coautores. Gracias a su incomparable capacidad de trabajo, J consigue revisar los manuscritos de sus ayudantes y hacer las sugerencias adecuadas. Para él, se trata de acrecentar el flujo de fondos hacia el grupo de investigación y todo otro interés se supedita a ese.

La existencia del Dr. J sería impensable sin su equipo. Tal vez la más humilde de las asistentes de su laboratorio está más cerca de lo que el público identificaría como "trabajo científico". Ruth pasa sus días inyectando ratones, extrayendo trozos de tejido, centrifugando, haciendo radioinmunoanalisis, montando técnicas, averiguando detalles. Sin ella,

gran parte del prestigio de J y sus otros ayudantes no existiría. Su aporte es reconocido: en algunos casos, firma los trabajos en calidad de coautora, en otros recibe aumentos de salario si los nuevos proyectos son aprobados. La estratificación del sistema impide que ella pueda aspirar a suplantar a alguno de los jefes. Por otra parte, los delfines del laboratorio compiten entre sí.

Las historias del doctor R y el profesor J brindan una simple muestra de la diversidad que existe dentro de lo que conocemos como el "establishment" biomédico. Con ser diversos su origen, situación, aspiraciones, comparten no obstante una inconmovible lealtad hacia el sistema iatrotécnico. Más allá de sus esperables divergencias políticas (el profesor J, como cabria esperar, es un liberal que vota por los demócratas solo porque no hay otras opciones hacia ese lado del espectro), ambos están de acuerdo en condenar cualquier intento de socavar su prestigia, ingreso económico o poder. Sus vocaciones, indudables, pasan por el alivio de la humanidad sufriente, mas no se puede decir que pasen todo el día pensando en ella. De hecho, sus vidas son extremadamente alambicadas y muy distantes de lo que la gente cree que son.

LA DIMENSION SOCIAL DE LA MEDICINA

Parecerá extraño que incluyamos viñetas sobre el ejercicio profesional, cuando las ciencias fundacionales de la medicina son objetivas, neutrales y solidas. Sucede, sin embargo, que el sistema médico no es un sistema aislado y suele reflejar las divisiones y contradicciones de la sociedad que lo contiene. Uno de los puntos que necesitamos explorar se refiere a la influencia de la composición social de la profesión sobre las ideas "científicas" que sustenta. Cuando afirmamos que las objetivaciones son construcciones sociales, queremos decir que sus modos de producción están indisolublemente ligados a una dialéctica de legitimación comunitaria, más extendida de lo que algunos quisieran admitir. No se trata solo de que el destino último de una teoría, de un concepto, de una técnica, de un "objeto", dependa de lo que los demás hagan con ellos, sino que los demás participan desde el comienzo en su gestación. Los datos que publica el profesor J de nuestra viñeta no son simplemente "verdades científicas". En realidad, son tales solo para el Departamento de Relaciones Publicas de su institución. El y su grupo saben cuan febles y criticables son sus asertos. Tal vez basta descubrieron

a última hora que no todo calza en la teoría ya en prensa, y que será motivo de un trabajo de refutación del grupo competidor. Los datos del profesor J interesan también a quienes los financian, públicos y privados. La industria que doto al laboratorio y financió los reactivos esta también interesada en ellos.

A esto debe añadirse otra consideración interesante. El quién. Si una afirmación es hecha por cualquier profano, tiene en su apoyo lo escuchado, a medias entendido, leído, en todo caso lo no fiable. Si el doctor R hace una afirmación, toda la ciencia (y por extensión, la naturaleza) está con él. Si alguno quisiera disentir, decenas de artículos, nombres importantes, reputados expertos borraran todo asomo de discrepancia. De vez en cuando, el descubrimiento de algún "fraude científico" hace tambalear el edificio. Pero, en general, no tiene mayores consecuencias24.

No se concibe un poder conceptual sin estos ingredientes: validación en el medio resonante de la sociedad y el supuesto de que hay quienes, por socialización profesional y adhesión a un ethos, pueden hablar en nombre de una disciplina (o, lo que es igual, de la naturaleza) 25.

Suele olvidarse que las personas existen fuera de sus círculos profesionales, y que este "fuera" incluye preferencias doctrinarias y teóricas. Precisamente por soterradas necesitan destacarse. Hay tantas identidades como grupos de pertenencia. Para la construcción de una teoría de la medicina, los "fenómenos de interfase" son importantes. Refutan cualquier argumento "internalista" sobre el desarrollo de las disciplinas y destacan la creatividad constructiva de las comunidades y la legitimación dialéctica de los conceptos y objetos, aun de los más técnicos.

La medicina y su teoría no están nunca aisladas. Se trata de una metateoría, una teoría de teorías, no solo como principios científicos, sino como coordinación de toda clase de teorías, incluso las del sentido común. En este encuentro, es decisiva la influencia de factores extracientíficos sobre los heteróclitos productos que integran los círculos argumentales de la medicina, amalgamando objetos y personas.

Es posible que la ideología de la biomedicina sustente y sea sustentada por ciertos tipos de estructura social. No es nuestro propósito discutir esta alternativa. Solo señalar que es digno de consideración el influjo de factores no "médicos" (esto es, no biomédicos o iatrotécnicos) sobre la praxis y los modos de objetivación del sufrimiento y del

menoscabo. Se trata, reiteremos, de proposiciones para reformular la medicina como ciencia de acciones, no aseveraciones pontificantes sobre como "debiera ser". Propuestas que consideran la heterogeneidad de discursos en lo que llamamos medicina, la heterogeneidad de sus proponentes, de sus fines y de los desafíos a que se enfrenta.

En tal perspectiva no sorprende, por ejemplo, que la mayoría de los adeptos de la *Christian Science*, el movimiento que fundara Mary Baker Eddy en 1800 basado en la tesis de que el mal no existe y que toda enfermedad puede curarse por las Sagradas Escrituras, fuera del sexo femenino. En un momento en que la profesión medica ponía obstáculos a la admisión de mujeres, este movimiento alternativo, basándose en la idea medica como metáfora social y en la función de curar -remunerada con prestigio, dinero y poder- ofrecía al sexo femenino una forma de validación personal, una función comparable a la masculina y parte de su ascendiente social. Eran épocas en que el estilo de vida prescrito para las mujeres era restrictivo, tanto social como intelectualmente y es concebible que un papel "médico" sirviera propósitos emancipatorios.

La medicina osteopatía fue iniciada por Andrew Taylor Still, un medico desencantado de la medicina alopática que fundó con William Smith la *Escuela Americana de Osteopatia* en Kirksville, Missouri. Su principal tesis era que muchas enfermedades, si es que no todas, se deben a articulaciones defectuosas o "lesiones" en el sistema musculoesquelético. La osteopatía se difundió incluso a quienes no podían pagar, y también fue una forma de legitimar funciones "medicas" para los excluidos de la medicina oficial.

Otro ejemplo se encuentra en las formas alternativas de la *quiropraxis* y de la *osteopatia*, iniciadas en Estados Unidos en la última década del siglo XIX. Ambas son terapias manipulativas congruentes con la orientación pragmática de la vida rural; además de una teoría simplificable (no necesariamente simple), etiologías unitarias y operaciones de limitada tecnología, ofrecieron posibilidades ocupacionales (y servicios) a amplios sectores sociales. Se estima que hacia 1900 había en Estados Unidos cerca de 110.000 médicos regulares (alópatas), 10.000 homeópatas, 5.000 eclécticos y más de 5.000 practicantes de otro tipo (Rothstein, 1972). Especialmente la quiropraxis ofrecía a personas de clases sociales bajas la posibilidad de convertirse en "expertos" en salud. Fundada por Daniel David Palmer, se inició oficialmente en 1895 con una curación de sordera por "ajuste espinal". El primer instituto data de 1898. Para 1921 había alrededor

de 1000 graduados. Como en otras heterodoxias, institutos no autorizados proliferaron en forma turbulenta.

La hegemonía de la biomedicina en Estados Unidos (tomado aquí como ejemplo) es un complejo proceso de legitimación. La *Asociación Médica Americana*, establecida en 1847, obtuvo importantes victorias en la primera década del siglo xx. Con la aprobación del *Pure Food and Drug Act* de 1906, se aseguro legislativamente la desarticulación del movimiento de medicina domestica basado en el uso de compuestos preparados por la naciente industria farmacéutica como alternativa a la consulta médica. A través de su *Council of Medical Educación*, el mismo año, determinó otorgar licencia para ejercer la medicina solo a los graduados de algunas escuelas profesionales. La evaluación de estas, con las recomendaciones pertinentes, encontró expresión en el famoso informe Flexner de 1910, auspiciado por la Fundación Camegie, el cual tuvo como primer efecto una reducción del número de escuelas de medicina, de 162 en 1906 a 95 en 1916 y 79 en 1924, y del número de médicos, que descendió de 173 por 100.000 habitantes en 1900 a 125 en 1930. Mientras en 1910 había ocho escuelas que aceptaban negros y un número mayor que educaba mujeres, el informe Flexner llevo a mantener solo dos de las escuelas predominantemente negras y una de mujeres. A esto debe agregarse que las corporaciones y fundaciones de apoyo a la investigación y la enseñanza concentraron sus esfuerzos en escuelas "aprobadas", lo que restringió la subsistencia de los sistemas alterativos (Baer, 1989).

Las consecuencias de estos desarrollos fueron múltiples. En primer lugar, la hegemonía de la biomedicina alopática y la rápida declinación de la homeopatía, del eclecticismo y de otras formas alternativas de medicina, que desaparecieron como instituciones o se asimilaron al modela biomédico; en 1936, la última de las escuelas homeopáticas se redenominó *New York Medical College*; la osteopatía alcanzo derechos de practica en la mayoría de los Estados hacia 1950 y evoluciono como un sistema paralelo a la biomedicina, ajustando sus planes de estudio a los requerimientos de las licencias otorgadas por la *Asociación Médica Americana* (especialmente en lo relativo a las ciencias básicas); la quiropraxia incorporo la teoría de la enfermedad de la biomedicina y se acomodo en algunos "nichos libres" del mercado de servicios. Puede decirse que un sistema relativamente pluralista cedió el paso a un sistema hegemónico. Se modifico la composición social de la profesión, con predominio de hombres de raza blanca y una estructura organizacional

alerta a las demandas de otros grupos. Muchos de estos pueden caracterizarse como movimientos alternativos "holísticos" que de vez en cuando resurgen como neuropatía, curaciones religiosas y formas marginales de curanderismo urbano y rural. Estos movimientos capitalizan las fallas y los "intersticios" de la profesionalización casi total de la vida norteamericana y cual más, cual menos, se dirige a los marginados económica o socialmente de la medicina oficial como usuarios o profesionales (Aakster, 1986).

Estas observaciones destacan lo quimérico de fundar una teoría de la medicina en los "objetos" que, como ciencia objetiva, debiera tratar. Refuerzan la impresión de que la unidad de la función medica se encuentra en acciones: la proposición de objetivaciones del sufrimiento y del menoscabo por procedimientos que reflejan prácticas sociales y contribuyen a formarlas y legitimarlas. Cuando se desautoriza alguna medicina alternativa como ideología, debe recordarse que no menos ideológica es la iatrotécnica, cuyas decisiones no siempre son "racionales". Admitir esto no significa criticar la medicina como institución. Significa examinar su cientificidad no solo en base a su propia racionalidad instrumental sino también a los "intereses" de todo conocimiento, especialmente del que sirve a las comunidades.

Evans y Stoddart (Evans and Stoddart, 1990) han presentado una perspectiva comprehensiva sobre los determinantes de la salud, que consideran una expansión del *White Paper* del gobierno canadiense. Tales determinantes pueden agruparse en cuatro categorías: biología humana, estilo de vida, ambiente, y organización sanitaria (o de cuidado de la salud). La forma de conceptualizar estos aspectos ha sido típicamente aditiva en la tradicional concepción biomédica. En esta, los determinantes son reducidos a la capacidad de respuesta de la organización de salud, la cual nomina y define las necesidades en términos de demanda. Algunas contradicciones de este enfoque son examinadas. Por ejemplo, el sistema, al definir como enfermedades muchas condiciones tales como elevado colesterol o hipertensión asintomática, genera un efecto de *labelling* , esto es, personas que hasta esa definición se sentían sanas, pasan a ser enfermas o a sentirse tales. El sistema responde con acciones apropiadas en sus términos, ignorando otras formas que pueden adoptar los condicionantes. Así, por ejemplo, el bienestar de las personas, si bien relacionado con acciones de cuidado de la salud, no se reduce a ellas. Está además influido por dinamismos propios del grupo social y sus teorías implícitas y también por condicionantes de clase social.

HACIA UN BUEN MODELO PARA LA MEDICINA

Un modelo, en lugar de simbolizar un contenido, realiza una estructura. Esta afirmación de Michel Serres, citada por Pagés Larraya (Pagés Larraya, 1990, p. 10), nos orienta hacia lo que debemos construir. No una suma de objetos o contenidos, sino una malla o patrón para acomodar percepciones, descubrimientos e intuiciones. O más bien, sugerencias para un patrón de percepciones y experiencias posibles. De esa manera se puede acomodar, en una visión policéntrica, los dispares y antitéticos discursos que contiene la medicina como función social. En el límite, un "buen;' modelo es la realización de una "sana" estructura social. Quizá si entonces se podrá decir que medicina equivale a salud.

Llevada a su extremo, la metáfora médica pareciera no tener límites. Podría, en efecto, construirse como lo social por antonomasia, sin distinción entre esferas de la vida. Ello, lejos de auxiliamos, entorpecería el trabajo práctico, pues ya no se sabría si el médico es un *uomo universalis* o un filósofo total. Los determinantes de la salud deben acotarse en algún punto. En esta tarea, proporcionar marcos de referencia analíticos es esencial. La teoría general de sistemas no es una teoría en el sentido de resumen de datos empíricos, y por ello no es falseable, ni siquiera probable, sino una herramienta para construir teorías. La inverificabilidad del sistemismo, del perspectivismo y del *holismo* indica que a mayor generalidad mayor vaciedad. Los enunciados se hacen tan universales que ya no corresponden a ninguna experiencia concreta, pasada o futura. La vaciedad de tales abstracciones debe ser compensada con un lenguaje de términos neutrales. No vacíos, sino neutrales, esto es, empleables en diferentes discursos, con connotaciones y significados apropiados, sin merma de su potencia heurística o predictiva. Estos conceptos deben entrar a un modelo médico, ampliamente entendido. Dimensiones para el análisis y la "situación" de experiencias científicas, estéticas, triviales, axiológicas, que crucen a través de las personas, las profesiones, las razas.

Un tal modelo tendría, aparte de una función comprensiva, una muy práctica. Las profesiones de ayuda han sido típicamente "reactivas": reaccionan a las demandas y necesidades. La medicina debiera ser "activa", anticipar demandas y necesidades, impedir que se produzcan. Ello es posible si la totalidad es una *perspectiva de descubrimiento y de acción,* que prefigura lo posible, lo probable, lo anómalo y lo normal. En vez de ser *helping,* estas profesiones debieran ser *promoting.* Esta meta puede facilitarse con un buen modelo para la medicina como ciencia de acciones en el plexo de la comunicación.

REFERENCIAS

AAKSTER, C. W. Concepts in altemative medicine."Social Science and Medicine" 22: 265 273, 1986.
AGICH, G.J. Clinical ethics: a role theoretic look. "Social Science and Medicine", 30: 389-399, 1990.
ALARCÓN, R. *La identidad de la psiquiatría latinoamericana.* México: Siglo XXI, 1990.
ARMSTRONG, D. The patient's view. "Social Science and Medicine" 18: 737- 744, 1984.
ARMSTRONG, D. Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. "Social Science and Medicine" (Oxford) 25: 1213-1218, 1987.
BAER, H.A. The American dominative medical system as a reflection of social relations in the larger society. "Social Science and Medicine", 28: 1103- 1112.1989.
BÖHME, H. *Natur und Subjekt.* FrankfurtJMain: Suhrkamp Verlag, 1988.
CHRISTIAN, P. *Anthropologische Medizin.* Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 1989.
DE SWAAN, A. The reluctant imperialism of the medical profession. "Social Science and Medicir.e", 28: 1165-1170, 1989.
DOMÍNGUEZ, O. *Manual de sociología médica.* Santiago de Chile: Edición personal. 1984.
Dux, G. Die Zeit in der Geschichte. Ihre Entwicklungslogik vom Mythos zur Weltzeit. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag, 1989.
EVANS. R. G.; STODDART, G.L. Producing health, consuming healthcare "Social Science and Medicine" 31: 1347-1363, 1990.
FOUCAULT, M. *L'archéologie du savoir.* Paris: Gallimard, 1969.
GARCÍA DE LA HUERTA, M. *Crítica de la razón tecnocrática.* Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1990.
GLASSER, M. Accountability of anthropologists, indigenous healers and their governments: a plea for reasonable medicine. "Social Science and Medicine" 27: 1461-1464, 1988.
GRACIA, D. Primum non nocere. El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: *Real Academia de Medicina, 1990.*
GRAUMANN, C.F. Verhalten und Handeln. Probleme einer Unterscheidung. In: Schluchter, W., editor. Verhalten, Handeln und System. Talcott Parsons Beitrag zur Entwicklung der Sozialwissenschaften. Frankfurt/Main: Suhrkamp Verlag, 1980: 16-31.

GYARMATI, G.; *et al. Las profesiones. Dilemas del conocimiento y del poder.* Santiago de Chile: Universidad Católica, 1984.
HABERMAS, J. Technology and science as ideology. In: Habermas, J., editor. *Towards a Rational Society.* Boston, Mass.: Beacon Press, 1970.
HAHN, P. *Ärztliche Propädeutik.* Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 1988.
HARTMANN, F. *Ärztliche Anthropologie.* Bremen: Schünemann, 1973.
HAUG, M.; LAVIN, B. Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority.
Beverly Hills, California: *Sage, 1983.*
HAUG, M.R.; SUSSMAN, M.B. Professional autonomy and the revolt of the client. Social Problems 17: 153-161, 1969.
HEIDEGGER, M. *Ciencia y técnica.* Santiago de Chile: Editorial Universitaria,1983. Traducción y prólogo de Francisco Soler.
HENRY, J. *La cultura contra el hombre.* México: Siglo XXI, 1967.
KASS, L. *Toward a more natural science.* New York: Free Press, 1985.
KUTSCHMANN, W. Der Naturwissenschaftlerund sein Kórper. Frankfurt/M.:Suhrkamp Verlag, 1986.
LAÍN ENTRALGO, P. *Historia de la medicina.* Barcelona: Salvat, 1978.
LATOUR, B. *Science in action.* How to follow scientists and engineers through society. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1987.
LOLAS, F. *Introducción histórica a la psicología fisiológica.* Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1979.
LOLAS, F. Communication modes in research. In: Day, S.B.; Lolas, F.; Kusinitz, M. editors. *Biopsychosocial Health.* New York: Int. Foundation for Biosocial Development and Human Health; 1980: 149-160.
LOLAS, F. La investigación fisiológica y la psiquiatría clínica. Estudios de aproximación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (Buenos Aires) 29: 283-293, 1983.
LOLAS, F. *La perspectiva psicosomática en medicina.* Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1984.
LOLAS, F. Los azares de la cientificidad. En: *Notas al Margen. Ensayos.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1985a.
LOLAS, F. Sobre americanidad. En: *Notas al Margen. Ensayos.* Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 1985b.
LOLAS, F. Sobre categorías de la conducta. Las bases del estudio fisiológico. *Neurobiologia* (Recife) 48: 119-132, 1985c.
LOLAS, F. Behavioral text and psychological context: on pragmatic verbal

behavior analysis. In: Gottschalk, L.A.; Lolas, F.; Viney, L.L., editors. *Content Analysis on Verbal Behavior.* Berlin-Heidelberg-New York: Springer- Verlag; I 986a: 11-28.
LOLAS, F. Sobre la dimensión antropológica de la fisiología. In: Lolas, F.; Vargas, L., editors. *Fundamento fisiológico de la medicina.* Santiago de
Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1986b: 31-42.
LOLAS, F. Mehrdimensionale Medizin. Bochum: Zentrum für medizinische Ethik der Universitat Bochum; 1988a.
LOLAS, F. Patología teórica y antropología médica. *Acta psiquiátrica psicol. Amér. Lat.* (Buenos Aires) 4: 41-46; 1988b.
LOLAS, F. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. *Salud Mental* (México) 11: 19-24, 1988c.
LOLAS, F. Sobre ciencia y realidad. "Occidente" 43(320): 19-23; 1988d.
LOLAS, F. De la dimensión social de la ciencia. "Creces" 10(12): 40-43, 1989a.
LOLAs, F. Las metáforas de la razón médica. "Creces" 10(2): 20-24, 1989b.
LOLAS, F. Postura publicitaria y postura comunicativa: hacia una ética de la publicidad en medicina. "Revista Médica de Chile". 117: 1305-1309; 1989c.
LOLAS, F. Biomedicina y calidad de vida. Un análisis teórico. "Revista Médica de Chile". 118: 1271-1275; 1 990a.
LOLAS, F. La integración de las ciencias del comportamiento y la biomedicina. Necesidad de una metateoría. "Bol. Of. San. Panam." (Washington). 109: 38-45, 1 990b.
LOLAS, F. *La praxis médica en la interface de ética, política y técnica.* Santiago 1991.
LOLAS, F.; FERNER, H. Zum Begriff des impliziten Verhaltens. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychotherapie (Freiburg) 26: 223-233; 1978.
LOLAS, F.; MAYER, H., editors. *Perspectives on stress and stress-related topies.* Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1987.
LUHMANN, N. Temporalstrukturen des Handlungssystems. Zum Zusarnmenhang von Handlungs-und Systemtheorie. In: Schhichter, W., editor. Verhalten, Handeln und System. Taleott Parsons Beitrag zur Entwicklung der Sozialwissenschaften. FrankfurtlMain: Suhrkamp Verlag, 1980: 32-67.
MASSON, J.M. Against therapy. New York: Atheneum, 1988.

McKEE, J. Holistic health and the critique of Western medicine. "Social Science and Medicine" 26: 775-784, 1988.
McQUEEN, D. V. The history of science and medicine as theoretical sources for the comparative study of contemporary medical systems. "Social Science and Medicine" 12: 69-74, 1978.
MERLEAU-PONTY, M. *La phenomenologie de la peception.* Paris: Gallimard, 1945.
MOLINE, J.N. Professionals and professions: a philosophical examination of and ideal. "Social Science and Medicine" 22: 501-508, 1986.
OKEN, D. The new psychiatry and the "medical mode1". "Psychosomatic Medicine". 51: 636-647, 1989.
PAGÉS LARRAYA, F. Nueva anatomía de la melancolía. "Revista de NeuroPsiquiatría" (Lima) 53: 3-16, 1990.
PEDERSEN, D.; BARUFFATI, V. Healers, deities, saints and doctors: elements for the analysis of medical systems. "Social Science and Medicine" 29: 487- 496, 1989.
PELLEGRINO, E.D.; THOMASMA, D.C. *A Philosophical Basis of Medical Practice.* New York: Oxford University Press, 1981.
PRICE DE SOLLA, D. Science since Babylon. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1975.
ROTHSCHUH, K.E. *Konzepte der Medizin.* Stuttgart: Hippokrates Verlag, 1978.
ROTHSTEIN, W. *American physicians in the nineteenth century.* Baltimore, Md.: Johns Hopkins University Press, 1972.
SÁBATO, E. Hombres y Engranajes. *Heterodoxia,* 3'. reimp., Madrid: Alianza Editorial, 1988.
SCHEPER-HUGHES, N. Three propositions for a critically applied medical anthropology. "Social Science and Medicine" 30: 189-197, 1990.
SHAPIN, S. Revolutionary biology. *The Sciences* 30(6): 45-49, 1990.
SHELDON, A. Toward a general theory of disease and medical careo "Science
Medicine and Man" 1: 237-262, 1974.
SINGER, M. Reinventing medie al anthropology: toward a critical realignment. "Social Science and Medicine" 30: 179-187, 1990.
SPILKER, B., editor. *Quality of Life Assessments* in *Clinical Trials.* New York: Raven Press, 1990.
STONE, G.C. Psychology and the health system. In: Stone, G.C.; Cohen, F.; Adler, N. E., editors. *Health Psychology: A Handbook.* San Francisco: Jossey-Bass; 1980: 47-75.

TAYLOR, S.E. *Health Psychology*. New York: Random House, 1986.
TORREY , E.F. *La muerte de la psiquiatría.* Original 1974. Barcelona: Martínez Roca, 1980.
UNSCHULD, P.U. Western medicine and traditional healing systems: competition, cooperation and integration? *Ethics in Science and Medicine* 3: 1-20; 1976.
VON WEIZSACKER, V. *Gesammelte Schriften.* (Editado por Achilles, P., Janz, D., Schrenk, M. & von Weizsacker, C.F.) Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag, 1987/1990.
WHITEHEAD, A.N. *La ciencia y el mundo moderno.* Buenos Aires: Losada, 1949.
WILLI, J. Verständigungsschwierigkeiten in der Arzt-PsychotherapeutBeziehung. "Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik". 24: 15-24; 1979.
YOUNG, A. The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. "Social Science and Medicine" 14B: 133-146, 1980.

NOTAS

1. Para una ampliación de este argumento, véase Luhmann (1980).

2. Tomo el término de Latour (1987). Se entiende que nos referimos a un producto específico, tal y como él se presenta en sus modos de producción y productos, no a las exposiciones didácticas habituales, que presentan a la ciencia como una "aventura del pensamiento".

3. Hemos presentado antes la tesis de que así como se distingue los "contextos" del *descubrimiento* y de la *justificación* en la ciencia, debiera distinguirse el *contexto de la comunicación.* El concepto alude a la retórica propia de distintas disciplinas, y permitiría una tipificación de éstas basada en su comportamiento frente al producto escrito y a los modos de su generación (véase Lolas, 1980).

4. Un buen ejemplo lo constituye el electroencefalograma humano. El psiquiatra de Jena Hans Berger publicó numerosos trabajos demostrando la existencia de actividad eléctrica en el cerebro humano, observada en animales en 1875 mediante un procedimiento algo diferente. Sus observaciones no fueron plenamente aceptadas por la "comunidad científica" hasta que el fisiólogo inglés Lord Adrian las apoyó (véase Lolas, 1983).

5. Acerca de la vaguedad del término "conocimiento aceptado", véase Latour (1987). 'Es un mérito del "sistemismo" el haber destacado la importancia de las relaciones "entre" elementos. Aunque ha constituido un saludable antídoto a las exageraciones de la objetividad positivista no debieran sus cultores, sin embargo, seguir pregonando su "novedad revolucionaria".

6. Estas consideraciones son relevantes en los países del Tercer Mundo, especialmente en Latinoamérica, por la dimensión reducida de las elites intelectuales y su constante tentación a asumir un omnímodo liderazgo político y social. Muchas versiones de la tesis de la "ciencia comprometida" con la realidad nacional tienen en esta difusión de límites su origen. Debiéramos preguntarnos si los criterios que empleamos para definir profesiones no necesitarían de una adecuación a nuestra circunstancia.

7. Las formas de *racionalidad interesada* son múltiples (Price de Solla, 1975). El ejemplo de los rayos N, que creyó descubrir el profesor Blondlot, es uno entre cientos; no demuestra mala fe ni incompetencia, sólo formas de "interés" (entre otras, "efecto del experimentador", presión política y social, necesidad de carrera). Lo propio cabe decir de Max Pettenkoffer, a quien se atribuye haber tragado un cultivo de bacilos de cólera para refutar a Koch, quien sostenía que los microbios causan enfermedades. El punto está ilustrado en el libro de Jules Henry, con énfasis en el "interés" pecuniario (Henry, 1967). La falacia de los estudios "sociales" de la tecnociencia consiste en presumir que ambos -tecnociencia y sociedad- son entidades que pueden "influirse" cuando en realidad "se constituyen" mutuamente (para una discusión ver Latour, (1987).

8. Aludo a los clásicos *dicta* de Naunyn, Weizsiicker y otros sobre la medicina. Obsérvese que están construidos "adjetivalmente": nadie dice *qué debe ser* la medicina sino *cómo debe ser.*

9. El desarrollo de esta afirmación puede estudiarse en Merleau-Ponty (1945).

10. Deliberadamente ironizo sobre el punto. En algunos círculos, sin embargo, el abuso de una terminología críptica que termina imponiéndose más allá de toda posibilidad de refutación, es un fenómeno digno de estudio. Pienso por ejemplo en el psicoanálisis bonaerense.

11. Me refiero al libro *Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildung,* publicado en 1932, cuya segunda edición (1947) se encuentra incorporada al tomo 6 de 10& *Gesammelte Schriften,* publicados por Suhrkamp entre 1987 y 1990 (véase von Weizsiicker, 1987).

12. La identificación del psicoanalista con el psicoterapeuta no está por cierto justificada, pero el psicoanálisis representó la forma más perfecta de profesionalización de la psicoterapia, justamente imitado por otras corrientes. Para una discusión sobre las diferencias entre psicoterapeuta y médico, es útil el trabajo de Willi (1979).

13. A diferencia de una revolución "prometeica", que aporta nuevas herramientas e instrumentos, una revolución "pigmaliónica" re-crea al hombre que ha de usarlos. Tomo la idea de Maliandi y de Mainetti, quienes aluden a aquel escultor que hizo una obra tan perfecta que se enamoró de ella. Los dioses, conmovidos, le dieron vida.

14. Véase, al respecto, los comentarios de Ernesto Sábato en *Hombres y Engranajes* (Sábato, 1988).

15. Con esta expresión se quiere relativizar las pretensiones de validez universal de la biomedicina iatrotécnica.

16. Sobre el uso relativamente específico que damos a este término véase más arriba. Debo a los trabajos de Alfred Auersperg llamar mi atención sobre su importancia.

17. El juego de palabras de la lengua alemana es, en este caso, de difícil traducción.

18. Sobre la importancia de la "externalización" del dato básico de la psicología -de conciencia a conducta- véase Lolas (1979). Para una discusión sobre formas alternativas de conceptualizar la conducta, enraizadas en la etología y en la "comunicación no verbal", ver Lolas (l985c), Lolas and Ferner (1978) y Lolas (1984).

19. Esto no quiere decir la negación de la experiencia subjetiva. De hecho, con el concepto de conducta implícita, Watson permitió un desarrollo en tal sentido. Y la posterior evolución, desterrando el conductismo metafísico pero manteniendo sobriedad metódica en la construcción de un cognitivismo, no hace sino refrendar la tesis de que lo que los pioneros rechazaban era el uso de la interioridad como fuente de datos y acceso metódico en una ciencia del comportamiento (véase Lolas, 1986a).

20. En la idea del médico como "servidor de la naturaleza".

21. En rigor de verdad, parte del discurso sociológico sobre la medicina adhirió a esta esquemática presentación. Baste pensar en el concepto de "rol de enfermo" con que Talcotl Parsuns exponía los intercambios sociales.

22. El término biomedicina, como le usamos en numerosos sitios, no es neutral. Corresponde a una creación de los antropólogos para connotar una teoría de la enfermedad de raigambre biológica, que desvía la atención de los condicionantes sociales y económicos. Si esta resonancia no se tiene en cuenta, no se entiende su asociación con la mentalidad tecnocrática, a la que aludimos bajo el término iatrotécnica.

23. Un ejemplo interesante es proporcionado por Young (1980) en relación al estrés. Una discusión de este tema puede encontrarse en Lolas and Mayer (1987).

24. Los casos de fraudes científicos constituyen un interesante material para indagar sobre las motivaciones del científico y sobre el sistema social de la ciencia. Una taxonomía de sus tipos estaría fuera de lugar aquí.

25. Recuérdese el ejemplo del famoso juicio al profesor John Scopes por enseñar teoría de la evolución en los colegios. Los hechos relativos a tal teoría no fueron negados por los escritores posteriores, pero sí la palabra evolución fue borrada, especialmente de los libros de texto empleados en los estados sureños. Hemos hecho referencia a esta historia en *Notas al Margen (1985).*

SEGUNDA PARTE

LA INTEGRACIÓN ENTRE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y SOCIALES.
Un rol para metateorías

La pujanza teórica de la biología de los últimos decenios, la brillantez de sus logros técnicos y conceptuales y la amplia variedad de sus aplicaciones e implicaciones han llevado a reeditar el viejo debate sobre la preeminencia de Natura y Nurtura como fuerzas o principios forjadores del hombre. No es sólo la dimensión ética de los descubrimientos biológicos lo que atrae la atención. También el hecho de que los investigadores en ciencias biológicas se han arrogado el derecho de dar explicaciones, desde su terreno y en base a sus principios, a cuestiones que convencionalmente se reservaba a las ciencias sociales.

La tentativa, por supuesto, no es particularmente novedosa. Las ciencias biológicas han proporcionado "modelos de hombre" desde sus mismos comienzos. La filiación biológica de la especie humana es un hecho innegable. La comunidad de rasgos con otras especies animales permite generalizaciones y extrapolaciones que, dentro de ciertos límites, prestan indudable servicio a la medicina y la psicología. Muchos paradigmas gestados en las ciencias de la vida han encontrado ecos y ampliaciones en las ciencias sociales.

Lejos de haberse obtenido una integración apropiada, sin embargo, la yuxtaposición de las perspectivas ha tomado en ocasiones un aspecto innecesariamente polémico. Hasta un lenguaje híbrido que habla de "biología del altruismo", "culturgenes" y "neurofisiología de la ética" parece encerrar, más que una convergencia, una arrogante invasión de terrenos por parte de biólogos profesionales. Algunos hasta se han sentido llamados a pontificar sobre las formas mejores de sociedad o sobre el rol que cabe a distintas disciplinas del hombre. Edmund Wilson, en su *Sociobiología*[1] escribe, por ejemplo: "Los científicos y los humanistas deberían considerar conjuntamente la posibilidad de que haya llegado la hora de remover a la ética de las manos de los filósofos y hacerla biológica" (p. 562). Lo que es válido para la ética lo es también para la estética, la sociología, la psicología y muchas otras disciplinas. Las

humanidades y las ciencias sociales serán ramas especializadas de la biología; la historia, la biografía y la ficción serán protocolos de investigación de la etología humana y la sociología y la antropología serán la sociobiología de una especie singular de primates.

Declaraciones de este jaez han generado un debate. De él no se sabe bien si representa simplemente el anhelo de defender cotos disciplinarios y celos profesionales o indica una auténtica tensión entre modos diversos de dar cuenta del hombre y sus obras. Hay dos aspectos de este debate que parecen dignos de ser destacados.

El primero de ellos se refiere a la relación entre las disciplinas humanísticas y científicas que se ocupan del individuo. Aunque los límites son de suyos convencionales, el abordaje psicológico, fisiológico o fenomenológico puede ser utilizado sin que se distorsione demasiado el nivel categorial de las explicaciones. Las dificultades de lenguaje siguen siendo importantes, pero al menos los cultores de las distintas disciplinas reconocen un cierto número de preguntas válidas, si bien difieren en cuanto al modo correcto de plantearlas. Disciplinas híbridas, como por ejemplo la psicología fisiológica, han sido aceptadas, y aun bienvenidas, en el *corpus* de la psicología, si bien es verdad que hay modos diversos de cultivarlas y que en ocasiones sus conclusiones. No rebasan posturas de sentido común adornadas con despliegues de utilería, matemática o verbal. La escisión y la pugna derivan más bien de lenguajes artificialmente irreconciliables y de la conformación de grupos de pertenencia profesional exclusivos y excluyentes. En este plano falta verdaderamente una figura líder forjadora de paradigmas, un inventor de "útiles ficciones" que permitan hacer no una psicología sin cerebro ni una neurofisiología sin mente sino una auténtica disciplina de integración. Los intentos, de Piaget a Bunge, son muy numerosos y pocos están exentos de un chauvinismo de especialista hablando de generalidades o de solapadas predilecciones. Si bien no se alude aquí a una ciencia del hombre total - como decía Jaspers, una imposibilidad vera, la utilidad de combinar distintas perspectivas, tanto en la investigación como en la práctica, casi no precisa ser mencionada. En este terreno, como en otros, se encuentra la idea de "niveles de organización" imperceptiblemente ligada a una suerte de valoración. Esta idea, que en la neurología recibió su más acabada expresión en la obra de Hughlings Jackson[2], postula que nuevas estructuras o niveles se integran a un sistema orgánico suprimiendo o inhibiendo estructuras existentes. El tema de la "exclusión competitiva" o del crecimiento orgánico por "adición y supresión" puede encontrarse en

autores tan diversos como Marx, Freud y Darwin. Funciones "superiores" del sistema nervioso se oponen a funciones "inferiores", casi como clases sociales destinadas a enfrentarse en lucha permanente. Reduccionismo es aquí explicar las primeras en base a las segundas y suponer, por ejemplo, que las regularidades de operación del sistema nervioso brindan una explicación causal del comportamiento, en cualquiera de sus formas. El argumento es del tipo de los neutrales. Si los sistemas nerviosos son agrupaciones de neuronas y dan origen al comportamiento, entonces explíquese el funcionamiento de éstas y se tendrá explicado aquél. No hay en tal razonamiento -incluso en esta forma esquemática- ningún error fáctico. Sin embargo, apoyarlo o rebatirlo no es simple cuestión de datos. Primero, porque los datos originados por el estudio del sistema nervioso no se integran razonablemente con los que derivan del estudio del comportamiento. Segundo, los cultores de uno y otro campo, lejos de beneficiarse de los datos obviamente complementarios, a menudo no están capacitados para entenderlos por carecer de apropiadas reglas de traducción interdisciplinar. Tercero, existe la razonable sospecha de que lejos de ser una explicación más científica por cortarlo todo con la misma tijera, lo sea tal vez por utilizar métodos apropiados al nivel de la pregunta que se intenta plantear o responder. Estos y otros puntos han sido previamente discutidos en el contexto de estudios psicofisiológicos.

Como ha escrito Piaget, "la función se basa en el funcionamiento pero lo desborda". Ni aun la fisiología clásica dejó de reconocer que en la más elemental actividad -por ejemplo, el reflejo la estructuración del sistema nervioso es *una* de las causas del comportamiento. A éste le codeterminan también, entre otros, el contexto en que se verifica el acto, el estado general del organismo y los cambios ambientales. *Una función* biológica es algo distinto de un *proceso,* según la fértil distinción de Buytendijk6. Aquella no transcurre en un tiempo homogéneo en que cada segundo es igual a otro segundo sino en una duración vital, con la irreversibilidad del cambio y la inestabilidad del ser vivo, condenado a inevitable finitud. El espacio tampoco es homogéneo y neutral, sino un espacio de potenciales significados vitales, configuradores de un mundo circundante inseparable del organismo vivo. El proceso caracteriza el tipo de cambio que estudia la ciencia de lo no-vivo, en tanto la función representa todos significativos de cambios en los que cabe reconocer, a cierta complejidad, aparentes designios. Los seres vivos y el hombre se comportan "como si" les tuvieran, como si fueran atraídos por finalidades tanto como empujados por impulsos. Esta postura, teleonómica - que no

teleológica- aun cuando se la borre en el purismo de la expresión, nos acompaña en nuestro razonamiento cuotidiano y hay un punto en que separa a los estudiosos del hombre según las "causas" a que atribuyen los comportamientos.

Tal vez sea razonable admitir que en el comportamiento hay tanto una *biogramática* como una *psicogramática.* Conforman la primera aquellas conductas que tienen el operar del sistema nervioso como condición necesaria y suficiente. La segunda está presente en los comportamientos que, si bien dependen del sistema nervioso para manifestarse, precisan ser refinados y "humanizados" en el diálogo con el entorno humano. Es posible que una enumeración nos insinuara que esta dicotomía se superpone con aquella de "innato" y "adquirido" o con la tradicional antinomia entre "instinto" y "razón". Mas no es este argumento ni terminología que aquí quisiéramos discutir. De mayor importancia es el corolario de que una adecuada interrogación debe considerar – o suponer- que por muy refinado que sea el análisis, ya sea del sistema nervioso o del comportamiento, la integración entre ambos debe basarse en un método distinto de los que imperan en las disciplinas parciales. Un método, no de recolección de datos sino, precisamente, de integración. Cualquier aspiración a "hacer ciencia" no puede basarse en un monismo metódico intransigente y reduccionista, sino en la formulación y abordaje de preguntas significativas con el método apropiado. Esto quiere decir que una "explicación" de todo comportamiento no puede darse solamente en base a los principios de funcionamiento del sistema nervioso, sino que debe contener, además, otras perspectivas. Aun si se demostrara que las células nerviosas funcionan igual en el hombre que en el caracol marino, todavía hay que dar cuenta de las diferencias entre ambos organismos. El que tales diferencias sean sólo de complejidad cuantitativa y no de principios de operación es una pregunta a explorar. La investigación fundamental nos ha indicado ya los términos del problema. Nos indica, por ejemplo, que el funcionamiento del sistema nervioso es esencial para un comportamiento humano. Pero no nos señala hasta ahora ninguna especificidad correlativa. Si bien sabemos acerca de la bioquímica del pensamiento y de la fisiología de la emoción, no existe entre ambos niveles del análisis un isomorfismo de tal naturaleza que nos permitiera especificar una serie de fenómenos conociendo la otra. Y aun dentro del estudio del hombre, aunque todos los hombres comparten muchos rasgos biológicos, todavía es menester considerar las variaciones entre ellos, que son también

legítimo tema de indagación.

Las ciencias sociales han centrado su atención predominantemente en las variaciones, individuales y culturales. La perspectiva biológica busca en cambio las similitudes. Ello explica que el más reciente avance de éstas se haya dirigido a buscar, allende la diversidad, aquellos principios básicos con vigencia en todo individuo, de cualquier especie, y en todo grupo o comunidad, animal y humana. No es demasiado novedoso observar que las concepciones occidentales sobre la naturaleza humana son muy vulnerables a los cambios de perspectiva acerca del mundo viviente. Desde las teorías humorales, de los elementos y de la distribución de los climas hasta el darwinismo, el mendelismo, la ecología, la etología y la sociobiología, toda teorización sobre el mundo orgánico incluido también al hombre y su condición "natural". De vez en cuando, una postura extrema o una simple formulación demasiado combativa despierta sentimientos de amenaza y reabre cruzadas polémicas. En ellas, como en "Alicia en el país de las maravillas", todos ganan y todos deben tener premio. Lo que en síntesis significa que los lenguajes empleados siguen siendo irreconciliables. Ya hemos observado que ello acontece en el plano individual. También ocurre en el plano social.

La más reciente de las avanzadas biologizantes sobre el viejo tema de la naturaleza humana se ha difundido bajo el epígrafe de "sociobiología". Ésta se define, de acuerdo a Wilson como "el estudio sistemático de las bases biológicas de toda conducta social". Señalando que "en el presente" se concentra en las sociedades animales, la estructura de su población, sus castas y su modo de comunicación, indica que esta disciplina se ocupa también del hombre. La sociobiología, en su versión wilsoniana, es una rama de la biología evolucionista y de la moderna biología de poblaciones. Esta declarada pertenencia a un ámbito conceptual permite proponer una serie de principios. De tales principios se deduce un conjunto de corolarios. Siguiendo a Perinat y Lemkow[7], podemos retener tres. El primero dice que la organización social debería poderse explicar mediante parámetros y modelos extraídos de la genética de poblaciones. El segundo establece que hay conexión entre genes y comportamiento de la especie. El tercero (llamado por Barash el "teorema central de la sociobiología") invoca la adaptación, bajo la versión de *inclusive fitness,* para explicar el comportamiento individual o grupal. *Fitness,* desde un punto de vista genético, alude a la contribución genética a la generación siguiente. Una mayor *inclusive fitness,* para un individuo

dado se traduce en que lega mayor cantidad de sus genes o de los de sus parientes, a la generación consecutiva. La sociobiología postula que la causa de muchos comportamientos debe encontrarse en un intento por maximizar esta variable. *Inclusive fitness,* definida por Hamilton9, es la suma del aporte particular de un individuo más lo que aporta el ajuste de sus consanguíneos.

Es posible que pocos científicos sociales objetarían seriamente la idea de evolución, tanto más cuanto que ésta fue incorporada muy tempranamente al arsenal de conceptos de disciplinas tales como la antropología, la sociología y la psicología.

También la idea de adaptación, extremadamente compleja de precisar, es intuitivamente aceptable. Pese a todo, sostienen algunos (por ejemplo, Ghiselin), que algunas profundas implicaciones de la obra de Darwin no han sido todavía, después de más de 100 años, efectivamente incorporadas a la teorización social.

Tal vez una de las mayores resistencias a la "biologización" de ésta provenga de una ambivalente postura respecto de la genética, ya que la teoría de la evolución -en su forma biológica- se predica en base a la heredabilidad de los rasgos que evolucionan. Esto es lo mismo que afirmar que parte de su variabilidad debe basarse en el control genético. El segundo corolario de la teoría sociobiológica, señalado más arriba, alude específicamente a esta cuestión. Mas no se encuentra en la literatura sociobiológica una exposición uniforme y carente de ambigüedades. Ya es casi trivial afirmar que todo comportamiento es el producto de una interacción entre genoma y medio ambiente. Pero invariablemente surgen ejemplos en que -sea por simplificar argumentos o por el peso de éstos- se habla de genes como controlando directamente el comportamiento. Hay hasta "explicaciones" de hechos históricos en base a las modificaciones del *pool* genético causadas,. por ejemplo, por invasiones. De allí un sí-es-no-es de determinismo, rechazado con vigor por los defensores de una postura ambientalista. Considérese por ejemplo, la siguiente cita de Barash: "...El comportamiento surge indiscutiblemente como consecuencia de la actividad de las células nerviosas que podemos suponer son susceptibles de ser especificadas por el ADN (ácido desoxirribonucleico), como las restantes células del organismo. Por tanto, en la medida en que los genes especifican la organización nerviosa, como la de las células óseas, hay razón para aceptar el papel de los genes en producir el comportamiento así como aceptamos su papel para producir la estructura". Cabe señalar que el lector profano en materias biológicas

podría contentarse con esta simplificada visión e ignorar el substantivo vacío teórico que es menester llenar entre los genes y sus expresiones o secuelas conductuales. Aun para quienes poseen versación biológica, esta cita, no siendo del todo incorrecta, no aporta suficientes elementos para una discusión razonable.

El genotipo de un individuo puede describirse como un conjunto de programas genéticos. El segmento de ADN que constituye un gene no interviene en forma directa en el control de la conducta. Opera a través de sintetizar proteínas que pueden funcionar como constituyentes corporales estructurales o funcionales, los cuales, a través de otros elementos intermediarios, dan lugar al comportamiento. Los genes pueden entenderse como conjuntos de instrucciones para la generación de entidades biológicas. De acuerdo a Mayr, puede distinguirse entre programas genéticos *abiertos* y *cerrados*, según la participación del ambiente en las modificaciones adaptativas del sistema nervioso. Un programa genético cerrado no requiere tanta información ambiental para perfeccionar las entidades biológicas que especifica como uno abierto. Obsérvese la semejanza entre estos conceptos y los de biogramática y psicogramática propuestos antes.

La especificación final de todo comportamiento requiere además de una situación "apropiada", esto es, una constelación de estímulos y experiencias con el entorno físico o animado, la cual, por su naturaleza, podría favorecer programas genéticos abiertos o cerrados.

Por otra parte, el comportamiento puede también influir sobre presiones selectivas y evolutivas, lo cual es especialmente evidente en la especie humana. Podría invocarse el argumento de que la estructura somática de la especie ha variado poco en los últimos 10.000 años, en los que, sin embargo, se han producido enormes cambios culturales y societarios. Si bien no puede negarse *a priori* que la evolución natural se haya detenido, la evolución cultural es en todo caso más veloz, más impresionante en la brusquedad de sus cambios y tal vez menos aleatoria en su direccionalidad.

La primacía de los genes como limitantes finales de todo otro elemento modificador del hombre no es, por tanto, un concepto tan obvio ni tan cristalino. A menudo la discusión no pasa de ser la reiteración de lugares comunes, habida cuenta de que la biología de poblaciones y la teoría genética no son precisamente terrenos en los que los científicos sociales se mueven confiadamente. Más de algún antropólogo ha hecho

notar que la antropomorfización de los animales ha llevado al paradójico resultado de que después se toma esta visión proyectada en ellos como la "verdadera naturaleza" del hombre... justamente por provenir de los animales. Por lo menos a partir de Hobbes las características adquisitivas y competitivas de la actividad humana se han confundido con la naturaleza y ésta, moldeada a imagen del hombre, ha servido de base para interpretar (o re interpretar) a éste. Cuando a ello se agrega el poder de una teoría sobreinclusiva -como sin duda la teoría de la evolución es- se corre el riesgo de aceptar argumentos no por su contenido empírico sino por la teorización que se supone los avala. La misma continuidad entre especies, postulado básico de la teoría evolucionista, que es sin duda un buen punto de partida para estudiar la diversidad, puede conducir a malentendidos y polémicas. No porque sea poco explicativa sino justamente por serlo demasiado. Al legitimar la explicación de la conducta humana en base a datos animales, permite una inmensa libertad en la elección de las especies. De modo que cualquier semejanza que uno desee encontrar entre el hombre y alguna especie animal puede de antemano darla por elocuente. Así, hormigas, marsupiales, ratones, conejos, ofrecen todos algún punto de semejanza y alguna especulación interesante. Frente a esa libertad argumental se tiene, desde la otra vertiente, la enorme variabilidad de las comunidades humanas y el hecho, tan obvio como definitivo, de que las adaptaciones cruciales del hombre no se encuentran en ninguna otra especie. Así, por ejemplo, el lenguaje, sin duda legado biológico, no se encuentra en otros animales y pocos exhiben, como el hombre, la tendencia (todo lo genética que se quiera) hacia una plasticidad conductual sorprendente (que ha fundado, precisamente, la antropología y la etnología como intentos de describirla). Y, aunque se tome lo biológico como factor limitador --curiosamente, los biólogos insisten siempre sobre eso- no cabe duda que la herencia genética del hombre ha gestado su cultura y que ésta, tanto imita a los genes como es imitada por ellos. De modo que una reducción determinista, tal y como la propugnan los más exaltados de los sociobiólogos, es al mismo tiempo demasiado amplia y demasiado estrecha y puede hacerse argumento sólo forzando toda discrepancia e ignorando muchas cosas que legítimamente la ciencia debería abordar.

En el debate sociobiológico se esconde un peligro. Y es el de conjugar el atractivo intelectual de una teoría poderosa con afirmaciones que propasan su legítimo ámbito de validez. Es cierto, y nadie lo duda, que la teoría evolucionista, con la reflexión biológica que de ella deriva,

sirve como principio unificador para el estudio del comportamiento humano. Cuando ella se utiliza, como en muchos ejemplos de la literatura tanto etológica como sociobiológica, con carácter de explicación causal, se hacen afirmaciones que sólo el prestigio de la teoría avala, pero que, lejos de enriquecer el diálogo, lo empobrecen. La integración entre las diversas disciplinas del hombre no puede provenir de una reducción, ni de apresurados monismos metódicos, ni de exaltadas declaraciones apoyadas en jerga especializada. Tal vez debiéramos reconocer que el principio evolucionista, más que una teoría en una disciplina particular, es una perspectiva o, mejor aún, una *metateoría.* Esto es, su posición es la de una "teoría de teorías" o un marco de referencia para la construcción de toda teoría posible, estableciendo sus preguntas válidas, sus métodos apropiados. Como tal perspectiva, no puede ni debe ser sometida directamente a prueba empírica, y los excesos de la argumentación sociobiológica provienen de no haber respetado esta limitación. Su enorme potencia explicativa es al mismo tiempo la tentación de hacerla inútil a través de extremar sus predicciones. Así no hay, ni ha habido en realidad, más que debate y polémica. El punto de encuentro entre las ciencias humanas y las ciencias biológicas no se encuentra en ninguna de ellas sino más allá de ellas. Una metateoría debe evaluarse por su fertilidad para generar nuevos desarrollos teóricos e investigación interdisciplinaria razonable y aceptable. Tanto en el estudio del individuo como en el de la sociedad, lo que ahora precisamos no son más datos recogidos desde una postura sino mejores datos "neutrales". Datos que no se circunscriban sólo a un campo particular de abstracciones sino que emerjan de una metateoría que les trascienda y que apele a otros modos de abordar tanto la obtención de información como su organización y presentación. Si es cierto que argumentos plausibles pueden provenir de cualquier postura general, las "útiles ficciones" que los integrarán y validarán deberían -en calidad de perspectivas- ensanchar y no reducir la realidad que pretenden explicar o predecir.

REFERENCIAS

1. WILSON, E.O. *Sociobiology. The New Synthesis.* Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1975.
2. JACKSON, H. Evolution and dissolution of the nervous system (1884). En *Selected Papers,* vol. 2., New York: Basic Books, 1958.
3. LOLAS, F. Psicofisiología y medicina conductual: hacia una reformulación de la aproximación psicosomática. *Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat. 27:* 97-106, 1981.
4. LOLAS, F. Hacia un concepto de psicofisiología. En *La perspectiva psicosomática en medicina,* Santiago: Editorial Universitaria, 1984.
5. PIAGET, J. *El comportamiento motor de la evolución.* Buenos Aires: Nueva Visión, 1977.
6. BUJTENDIJK, F.J.J. *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung.* Springer Verlag, Heidelberg, 1956.
7. PERINAT, A., LEMKow, L. Biología y Ciencias Humanas. *Papers* (Barcelona) 19: 13-70, 1983.
8. BARASH, D.P. *Sociobi%gv and behavior.* Elsevier, Amsterdam, New York, 1977.
9. HAMILTON, W.D. The genetical evolution of social behavior, I y n. *J. Theoret. Bio/.* 7: 1-52, 1964.
10. GHISELIN, M.T. Darwin and evolutionary psychology. *Science* 179: 964-968, 1973.
11. HAMILTON, W.D. Innate social aptitudes of man: an approach from evolutionary genetics. En R. Fox (ed.) *Biosocia/ Anthropologv,* Malaby Press, Londres, 1975.
12. MAYR, E. Behavior programs and evolutionary strategies. *Amer. Scient. 62:* 650-659, 1974.

SOBRE LA "SITUACIÓN BÁSICA" DE LA MEDICINA

La situación básica de la medicina es el *encuentro interhumano.* Lo es incluso para las investigaciones científicas en la frontera de lo molecular, que sólo en virtud de tal horizonte adquieren relevancia y sentido. Se le reconoce en las alambicadas abstracciones y bohemias fantasías de escuelas psicoterapéuticas que parecieran estar distantes del oficio médico. Persiste aludido, a veces indirectamente, aun en aquellas posturas que no centran su atención en los individuos sino en sus relaciones.

Esta situación básica, o situación de partida, como la llama Peter Hahn (Hahn, 1988), puede adoptar diversas formas. La más popular viene aludida en la denominación de "relación médico-paciente", tema obligado de ensayistas noveles y no tan noveles. Pero no queda agotada en ella. Siendo situación básica, el encuentro interhumano y el escenario comunicativo en que se desarrolla, es también situación de término. Culminación de toda teoría y campo de pruebas de toda práctica. Pues no se trata de una adjetiva cualidad de los actos médicos sino de que éstos son, constitutivamente, interés tanto como conocimiento. Interés viene de Inter-Esse, lo que está "entre" los seres, las personas, las cosas. Este "entre" de Buber, la "bipersonalidad" de Paul Christian (Christian, 1989) y la miríada de denominaciones sucedáneas que dicen lo mismo, indican que se trata, más o menos siempre, de comportamientos, conductas, modos de relacionarse. En tal sentido, la medicina es un oficio "ético". Exige acción, comportamiento, *ethos,* apropiados a cada momento y situación. Elecciones, en suma, pues para actuar hay que elegir.

La medicina es una *praxis* comunicativa de caracteres especiales. Acontece en circunstancias particulares, en respuesta a ciertas necesidades, e informada por una teoría. Es ésta, explícita o implícita, la que aporta coherencia, orden, marco de referencia. A través de la teoría se abre a la mirada la infinita posibilidad de la acción, su densidad. La teoría como contemplación y no meramente como resumen de datos es un poderoso auxiliar de la práctica, pues a través de ella se hace la medicina disciplina enseñable y aprendible, adquiere vinculación con el resto de la cultura y el oficio de médico adquiere legitimidad.

Praxis y teoría conforman un "saber-hacer". Es un saber hacer impregnado de lo que Laín Entralgo llama "constantes antropológicas": dolor, vergüenza, compasión. Ellas adquieren sentido en el acto por el

cual se las comunica y se las entiende, pues en ese momento están la enfermedad y el dolor "entre los hombres". La situación básica tiene, pues, dos ejes, o dimensiones. La *teoría,* con las herramientas de la hermenéutica y del análisis y la *praxis,* con la acción. En la primera se habla "acerca de": es un trabajo acerca de los pacientes, acerca de los médicos, acerca de las enfermedades. En la segunda se "hace con": se trabaja con los pacientes, con los instrumentos, con los medicamentos. Son momentos complementarios del acto médico, que prestan a éste un carácter polifacético y cambiante. La tensión entre ambos es el orden ético: lo que debe ser y lo que es.

Más allá de las teorías y actos específicos está como telón de fondo, como perspectiva, la metateoría médica de una cultura o de una época. Tal metateoría, como destacamos en otro lugar se confunde con una antropología médica, con la imagen del hombre que guía, justifica y fundamenta la concepción de la medicina de una sociedad determinada. Desde esta metateoría puede buscarse la "unidad procedural" de aquello que llamamos medicina, identificarla a través de la historia y en otras civilizaciones, examinar sus dimensiones morales y estéticas. Desde ella, asimismo, la relación entre teoría y praxis puede ser dirigida, aprovechada y fertilizada. Como teoría de teorías, es condición de posibilidad de todo enunciado que merezca el atributo de médico en una cultura, un sistema de opiniones y prejuicios que raramente se objetan o se hacen explícitos. Una matriz disciplinaria, en suma, que en este caso particular tiene la morfología de un modelo de hombre.

Podría decirse que el horizonte temático de la medicina, como teoría de teorías, tiene que ver siempre con el hombre y que todo lo que hacemos, en el seno mismo de la acción y la investigación, son metáforas parciales de este horizonte. Cuando, como ha sido el caso durante los últimos cincuenta años, nuestras principales teorías médicas son teorías de regulaciones y disregulaciones y gana terreno la idea simple de "estrés" como desbalance, es imposible no pensar que tal interés reproduce un conocimiento convencional que es menester examinar desde fuera de la medicina. O si interesa indagar cómo una concepción tan contraria al sentido común como el conductismo clásico y sus pretensiones "eliminativas" del lenguaje "mentalista" pudo gozar de popularidad, será esencial detenerse en los supuestos del creador de la teoría y del grupo que primero la sustentó.

Lo primero que nos enseña la reflexión metateórica en medicina es que no hay conocimiento puro, sino que la medicina, por ser oficio ético,

es siempre espuria. Puras, que no espurias, son sólo las abstracciones y sueños de la razón, que tienen aspiración de verdad pero no necesariamente de verosimilitud y legitimidad. En los oficios éticos, en los que la acción es fundamental, no es la verdad o la legalidad de las afirmaciones lo que interesa, mas sí su utilidad. Que esto es así en la medicina lo demuestran ejemplos en los que una mala teoría prestó considerables servicios por errónea causa y excelentes teorías, mal implementadas, no rindieron resultados esperables. Hay que considerar que más allá de un cierto punto la preservación de la vida o de calidad de vida es, por medios puramente médicos, imposible. Hay factores que limitan el ámbito de eficacia de toda terapéutica y una de las paradojas de la contemporaneidad, tema esencial de una reflexión metamédica, es que la perfección de la técnica es inútil si la técnica no es accesible a las personas.

Cuando se considera cuán esencial sería conocer o poder siquiera atisbar esta matriz disciplinaria de la medicina, cuál debiera ser su estatuto teórico y quiénes debieran perfeccionarlo, se pregunta uno por qué la reflexión teórica, en el sentido expuesto, no es más vívidamente sentida como necesidad. Los signos ya están, sin embargo, aquí. Como tendremos oportunidad de destacar en forma reiterada, no otra cosa representa el énfasis bioético sino la necesidad de esta vertiente humanística, teorética, reflexiva, que permitirá nuevos puntos de arranque para mejores formas de medicina.

Y en tal esfuerzo, el aspecto central de la situación de partida (que es, también, horizonte de término), el encuentro interhumano, encontrará nuevos modos de fertilizar la acción y ser fertilizado por ella.

Todo análisis de la medicina como invariante de las culturas puede desarrollarse a partir de la noción de que consiste en un saber qué, un saber cómo y un saber para. Algo que saber, un conocimiento. Una forma de adquirirlo y generarlo y una o varias finalidades a cuyo servicio ponerlo. Conocimiento e interés. A menudo se cree que se practican oficios y profesiones por un único, exclusivo y excluyente interés. Más los hay de varios tipos; hay el interés técnico o instrumental, el interés hermenéutico o comprensivo y el interés moral o emancipatorio. Desde cada uno de ellos aparece la profesión médica como algo distinto, independientemente de sus contenidos específicos en una época determinada. Quiero decir que una patología humoral puede servir semejantes roles sociales que una estequiología molecular. A veces se confunde el oficio médico con el contenido de algunas afirmaciones fácticas; olvidar la metateoría o la totalidad en la que éstas cobran

significado es grave omisión. Esta totalidad no es un "dato positivo" o "cosa", como ingenuamente reiteran algunos propugnadores del "holismo" de "alma" y "cuerpo". Esta totalidad es una perspectiva de descubrimiento, matriz explicativa y fundante de todo acto o conocimiento válido, término necesario en las ecuaciones de la "acción justa", que "desde" tal perspectiva adquiere este carácter. Este "conocimiento desde" de que habla Polanyi es el fruto maduro de la metateoría médica (Polanyi, 1974). Obtenerlo significa dar orden y perspectiva a los datos puntuales, emplear la totalidad como instancia de sabiduría.

REFERENCIAS

CHRISTIAN, P, *Anthropologische Medizin.* Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 1989.

HAHN, P. *Ärztliche Propädeutik.* Berlin-Heidelberg: Springer Verlag, 1988.

POLANYI, M. *Personal Knowledge: Towards a postcritical philosophy.* Chicago, IL, University of Chicago Press, 1974.

BIOMEDICINA Y CALIDAD DE VIDA: UN ANÁLISIS TEÓRICO LAS ROTULACIONES DE LA ENFERMEDAD Y LA BIOMEDICINA

Un enfermo es un individuo *rotulado* (o etiquetado) en una sociedad en general. Estas rotulaciones no coinciden. Existe diferencia entre *sentirse enfermo, tener una enfermedad y ser considerado enfermo.* Son tres ejes, o dimensiones, que cualifican el espacio en que se dan la salud, la perturbación o molestia, la enfermedad, la enfermedad comunicada, el cuidado *(care),* la curación *(cure),* los procesos de sanar *(healing)* y de curar *(curing),* distinciones necesarias para entender que la salud y su cuidado propasan la determinación de una única racionalidad instrumental.

La preeminencia del punto de vista biomédico ha llevado a privilegiar la definición de salud y enfermedad en términos de *objetos biológicos,* entendiendo por tales aquellas construcciones teóricas derivadas de y afianzadas en la racionalidad tecnológica. La publicitada "crisis de la medicina" puede entenderse como una crisis de la generación de conocimiento y de una práctica particular amparada en el paradigma científico biomédico. Las dimensiones sociales de la medicina y la construcción social de otros objetos, no estrictamente reducibles a la racionalidad científica biomédica, han mostrado limitaciones y contradicciones en tal paradigma. Lejos de constituir la racionalidad biomédica un conjunto de conceptos invariantes, "naturalmente" determinados, aparece como un subsistema cultural, cuya hegemonía depende de diversos factores. Entre ellos cabe destacar la profesionalización de la actividad médica, con la frecuente confusión del *modelo médico como atributo de una profesión versus el modelo médico como rasgo de una disciplina.*

El importante impacto de intereses industriales y económicos, por ejemplo de los conglomerados farmacéuticos y de los fabricantes de equipos de alta tecnología, no es ajeno a la hegemonía de la profesión médica y su imperialismo de depositaria y "gatekeeper" de los conocimientos y la ciencia médicas. La institucionalidad sanitaria, con su compleja administración y su exclusiva burocracia también contribuye a la preponderancia del punto de vista biomédico como el punto de vista universal, necesario, de toda acción en salud. Tal punto de vista, por tradición e historia, es ciego a los factores sociales, integrados a la

racionalidad médica, a lo sumo, como patrones de probabilidades: factores de riesgo, influencias culturales y una gama de datos que en lo esencial no afectan la convicción de que el organismo de la ciencia biológica es el mismo en todas partes, funciona bajo semejantes causalidades y enferma de acuerdo a leyes idénticas.

Tales convicciones se revelan como insuficientemente fundadas. Existen influencias ideológicas soterradas en la forma en que se indican, por ejemplo, determinadas intervenciones diagnósticas o terapéuticas. Los niveles de colesterol considerados nocivos son más bajos en Estados Unidos que en Gran Bretaña, ciertos diagnósticos se realizan con mayor predilección en ciertos ámbitos culturales que en otros (ejemplos son aquí el diagnóstico de espasmofilia de la medicina francesa, la frecuente preocupación con la Herzinsuffizienz de los médicos alemanes, la supervivencia del diagnóstico de neurastenia en China y otros países asiáticos, entre muchos otros). La indicación de cirugía coronaria es más frecuente en Estados Unidos que en Inglaterra, de igual manera que la indicación de operaciones cesáreas. En este último caso, la tecnología es importante, ya que los equipos de monitoreo detectan más anomalías que otros procedimientos y bajan, por ende, el umbral de decisión médica. Tales diferencias se magnifican en el caso de la psiquiatría, pues esta especialidad médica realiza diagnósticos descriptivos y no etiológicos con más frecuencia que otras, resultando mayor variabilidad cultural, no atenuada por la introducción de racionalidad biológica. Estos argumentos señalan que la universalidad "natural" de los puntos de vista biomédicos no se cumple en el plano de las aplicaciones concretas del corpus de saber fisiológico o fisiopatológico, para el cual, aún con reservas, podría predicarse universal validez. En otra línea argumental, esto tampoco es evidente, toda vez que tales saberes son dependientes de técnicas y todo conocimiento científico válido está socialmente constituido en lo que respecta a sus aspiraciones de legitimidad, verosimilitud o validez. No debe extrañar, por ende, que podamos hablar de una plasticidad social de la fisiología. También el plano profesional ofrece heterogeneidad. Grupos no médicos luchan ahora por reconocimiento y *status* en relación a la salud, ofreciendo distintos objetos y conceptos para fundar una ciencia y una tecnología preventiva o curativa. Tal disputa no necesariamente se da en el plano de lo teórico, toda vez que los intereses de prestigio, dinero o poder influyen en la constitución de grupos que representan diversos puntos de vista. En la atención psiquiátrica, por ejemplo, esto es evidente. Una conclusión que se impone es que los significados culturalmente

construidos moldean las prácticas clínicas de los grupos relacionados con la salud y la enfermedad. Entre las limitaciones de la biomedicina académica está el no prestar adecuada atención al hecho de que médicos y pacientes habitan diferentes mundos semánticos y se encuentran inmersos en tramas de significado a veces antagónicas. Las culturas no sólo constituyen sistemas de significado; también son ideologías explícitas e implícitas, sistemas de convicciones que se trasuntan en instituciones, prácticas y expectativas.

Entre las constantes ideológicas de la práctica médica en los países desarrollados y en aquellos otros en estado de *desarrollo dependiente* puede mencionarse una cierta restricción en la forma en que son tratadas las relaciones sociales. La medicina occidental ha adoptado una postura individualista en la cual las transacciones personales que conectan a los individuos a través de sistemas de intercambio y de apoyo social son reducidas a uno o dos determinantes. Se ha considerado un notable avance reemplazar la típica asimetría de la relación experto-profano (médico-paciente) por una conceptualización en términos de negociaciones, que Katon y Kleinman resumen en la posibilidad de que pacientes y médicos se encuentren como iguales, los segundos aportando consejo experto y los primeros asumiendo la responsabilidad final de las decisiones sobre seguirlo o no. Gran parte de la teorización pionera en psicosomática se centró en el encuentro interhumano como la matriz esencial donde transcurre el acto médico, con especial énfasis en la psicoterapia dinámica, que constituiría su expresión paradigmática, y cuya extensión a la medicina general se ve como un importante avance hacia la humanización y la eficacia del acto médico (Balint), si bien se reconoce que entre médicos y psicoterapeutas existen profundas diferencias. La mayor parte de la copiosa literatura sobre la relación médico-paciente parece suponer que esta díada es un sistema social automantenido e internamente balanceado, al discutir en el cual puede omitirse una referencia expresa a las "condiciones macro" que la modulan, moldean o determinan. La discusión básica en antropología médica ha girado, según Pappas, en la diferenciación entre estructura y agencia, evidenciada en el contraste entre Howard Waitzkin, que privilegia la primera, y Arthur Kleinman, que da mayor importancia a la acción. Funcionalistas y estructuralistas han dado prioridad a la estructura sobre la acción. El todo social es concebido como separado del individuo y en alguna medida externo a él. A pesar del concepto durkheimiano del *homo duplex* se discute la díada médico-paciente en términos ajenos a la realidad macro, o prescindiendo de ésta. Por ejemplo, las nociones de rol de enfermo, conducta de enfermedad y otras no dan adecuada cabida a las nociones de *pay-off* con que se regulan muchas decisiones personales: la gente escoge ciertas cosas porque su cultura o su biografía las induce a valorarlas con independencia de su definición en relación al sistema de salud. Los trastornos de la vida diaria, las molestias y las quejas pueden ser simplemente formas culturalmente aceptadas de expresar distrés, que no necesariamente deben ser "medicalizadas" y convertidas en enfermedades para ser legítima expresión de salud menoscabada. Porque la salud no es una cosa que se tenga o se deje de tener sino un proceso y un ritual, en cuya correcta perpetuación los significados atribuidos a los actos son tan importantes como los resultados de éstos. La medicina no está anclada en objetos o resultados sino en acciones, en *transitividad práxica*. Esto tiene importancia al estudiar la dimensión ética, que es problemática si se considera a la medicina una ciencia de objetos, avalórica y neutral, pero naturalmente integrada si se la define como una ciencia de acciones14. Y más que de acciones aisladas, de transacciones, hechas en el medio del Inter-Esse, entre los seres o individuos. Estas consideraciones son la vía para integrar armónicamente los discursos, o espacios semánticos, en que habitan pacientes, expertos y otros relevantes, los que definen lo sentido, lo definido y lo enjuiciado. Aunque no es del todo correcto asignar estos discursos a personajes o actores, porque todos pueden ponerse en el lugar de los otros (y los roles son intercambiables, con excepción del rol de experto, que se mantiene en aspectos altamente tecnificados del saber), es verdad que tendemos, por simplicidad, a asignar el punto de vista del paciente al discurso de la enfermedad sentida (o, mejor, del sentirse enfermo), el del profesional al de la enfermedad tenida (como objeto que se tiene o no) y el de la sociedad en conjunto al de la enfermedad valorada (buena o mala, autorizando o no ciertas conductas).

CALIDAD DE VIDA Y MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA MEDICINA

En años recientes se ha impuesto la conceptualización de la dimensión *illness* (la enfermedad sentida) en términos de "calidad de vida". A través de esta noción se incorpora explícitamente una evaluación de los resultados de la acción de cuidado y curación no sólo en términos

inmanentes a la racionalidad biomédica sino también en base a las apreciaciones de los usuarios o pacientes. La calidad de vida es aquella tensión, o diferencia, entre las expectativas y los resultados, el grado de satisfacción de las personas con su vida, a la cual contribuye la medicina de modo importante. Interesa considerar, por ejemplo, nociones como la de *trade-off*, que alude a aquello que las personas están dispuestas a dejar o transar para conseguir algo que consideran mejor. En tal decisión intervienen pautas valóricas compartidas por los grupos sociales, étnicos, profesionales o de otro tipo. La calidad de la vida que espera a un habitante de las ciudades es intrínsecamente distinta de la que podría tener un habitante del campo, independientemente de la cultura, del idioma, de la raza, del régimen político o económico. Las expectativas asociadas a un rol laboral o social son distintas de las derivadas del sexo o del nivel de educación. Cuando se tiende a confundirlas se crean condiciones propicias a la insatisfacción y, por ende, a un detrimento de la calidad de la vida.

Urge pues, precisar, distinguir, y finalmente integrar. Una medicina multidimensional es en su sentido más directo biopsicosocial, mas no en base a adiciones y yuxtaposiciones sino en base a una integración armónica de perspectivas y puntos de vista.

La rotulación a que hacemos referencia impregna también la postura respecto a lo que debe considerarse avance o progreso. Es indudablemente un avance o progreso que existan sofisticadas técnicas diagnósticas. Mas también lo es que los expertos estén sensibilizados a las demandas reales de quienes acuden a los sistemas de salud. Éstas no son simplemente de curación; lo son también de comprensión, cuidado *(care of y care)*, reconocimiento y respeto. Un sistema de salud no es un sistema dispensador de servicios. Es un sistema que se adapta a las demandas de sus usuarios. Una ética de la calidad de vida no es sencillamente un algoritmo moral que pueda decidirse independientemente del contexto en que las personas viven, enferman y mueren. Es una voluntad de creación de espacios comunicativos, de lenguajes, de tareas compartidas.

Es verdad que el *establishment* biomédico indica diferenciaciones importantes. Pues no es igual implementar acciones para salvar la vida que acciones que preservan el bienestar o reparan deficiencias. Entre la enfermedad crónica, que exige adaptaciones a largo plazo, aprendizaje de nuevos papeles, compartición de tareas y responsabilidades con el médico u otros agentes de salud y la enfermedad cuotidiana, que no amenaza la vida y sólo modifica las responsabilidades habituales, media gran diferencia. En la última, la relación con el sistema de salud puede ser

indirecta, basarse en prejuicios y conocimiento profano formalizado médicamente, no tener una equivalencia en los axiomas de la ciencia médica oficial.

No podemos responder sin más acerca de las exigencias que demanda una atención humana, sin saber algo más de las expectativas que la cultura impone. De allí que la labor de investigación sea inseparable de una acción eficiente.

Investiga quien propone nociones en base a informaciones. O que crea *facts from figures*. Pero actúa prácticamente quien deriva *significado* de tales hechos y los pone al servicio de una acción satisfactoria y eficaz. Todo el tema de la *compliance* puede ser así reformulado sobre una base más interesante y también más acorde con la realidad.

Teoría, conocimiento y realidad, he ahí tres formas de conceptualizar el proceso de construcción de una calidad de vida médicamente guiada. La integración será tal cuando sólo se logre que las tres dimensiones, la personal, la societaria y la técnica se hayan encontrado en constructos de amplia generalidad y validez y, sobre todo, de significados compartidos.

La biomedicina debe ser considerada un *sistema cultural de creencias en formas instrumentales de realidad.* Su eficacia no es proporcional a los logros técnicos, mas sería injusto ignorarlos. No estamos ya en la época en que la emergente psicosomática instituía el funesto espectro de la "medicina científiconatural" para luego derribarlo en base a un no bien precisado humanismo.

La mayoría de los humanismos médicos son retóricos, no esenciales, en tanto la *multidimensionalidad* del acto médico no sea entendida y apreciada. Multidimensionalidad significa perspectivas múltiples: por ejemplo, la multiaxialidad del diagnóstico psiquiátrico y psicosomático. Pero también significa actores múltiples: por ejemplo, la participación de pacientes, expertos y sociedad. Significa, por consecuencia, significados múltiples: el campo de lo sentido, de lo definido y de lo valorado. La integración de diversas racionalidades debe hacernos pensar que la pluralidad de los actos médicos no queda agotada con las simples nociones de diagnosticar y tratar, pues es eso y mucho más; es también escuchar, aconsejar, ordenar. Y ciertamente no se da todo en el espacio cerrado de una abstracta díada sino en una multidíada, en una multitud, de individuos presentes y ausentes, significados presentes y pasados, todo lo cual, bien pensado, es la cultura.

La medicina como ciencia social y cultural no es antagónica a los

desarrollos de las ciencias biológicas. Es una dimensión en profundidad, el abandono del espacio tridimensional del cuerpo objeto para entrar al espacio multidimensional de lo social, lo histórico y lo cultural. El hombre no es una mezcla de fuerzas antagónicas que se llamaren lo natural y lo cultural; es, más bien, un "animal cultural" y la cultura es la culminación de un proceso evolutivo enraizado en los genes, una estrategia de desarrollo de la especie en su adaptación al entorno. La medicina biopsicosocial, que integrará las dimensiones humanísticas y sociales a las biológicas y moleculares, no será simplemente otra postura unilateral sino una que pueda brindar puentes y contactos (traducciones, en suma) a los diversos discursos sobre el hombre.

La necesidad de una teoría es una necesidad práctica. El esfuerzo por la totalidad fracasa si ésta es dotada de cualquier atributo físico específico: no es una macrobiología en el sentido convencional del término; no es una hipersociología que elimina otras consideraciones; no es una superfísica globalizante. No es una resultante sino una propiedad emergente de los niveles límite del pensamiento médico, en las fronteras de sí mismo, allí donde se hace economía, política, vida diaria. Esta teoría es *metamedicina,* algo más allá de cualquier concreción parcelar absolutizada y convertida en un todo concreto. El todo no es necesariamente propiedad emergente, pues la naturaleza de éstas cambia con la moda, sino más bien término en una ecuación, una necesaria atalaya para otear el horizonte y construir una "perspectiva desde": un punto de vista *desde* el cual los esfuerzos que hacemos en diversos campos, en la biología molecular, en la física, en las ciencias sociales, adquieren posición y sentido en un armónico conjunto18. Tal totalidad no es un existente, es un invisible como el de otras ciencias, que sirve para "dar razón" de lo particular y que es, al mismo tiempo, su "razón de ser".

REFERENCIAS

1. LOLAS, F. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. *Salud Mental* (Méx.), 1988; 11: 19-24.
2. LOLAS, F. Sanar y curar. *Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat.* 1988; 34: 195-196.
3. ALONSO, A.A. An illness behavior paradigm: a conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Soc. Sci. Med.* 1984; 19:499-510.
4. OKEN, D. The new psychiatry and the "medical model". *Psychosom. Med.* 1989; 51: 636-647.
5. DE SWAAN, A. The reluctant imperialism ofthe medical profession. *Soc. Sci. Med.* 1989; 28: 1165-1170.
6. TROSTLE, J.A. Medical compliance as an ideology. *Soc. Sci. Med. 1988;* 27: 1299-1308.
7. DALY, J. WILLIS, E. Technological innovation and the labour process in health careo *Soc. Sci. Med.* 1989; 28: 1149-1157.
8. PAYER, L. How medical practice reflects national culture. *The Sciences.* 1990; 30: 4 (July/August): 38-42.
9. KATON, W., KLEINMAN, A. Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient careo In: Eisenberg, L., Kleinman, A., eds. *The Relevance of Social Science for Medicine.* Dordrechl: Reidel, 1981; 253- 279.
10. BASZANGER, I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Rev. fram;. soc.* 1986, 27: 3-27.
11. WILLI, J. Verstandigungsschwierigkeiten in der Arzt-PsychotherapeutBeziehung. Prax Psychother Psychosom. 1979; 24: 15-24.
12. SCHOEPF, B.G. Human relations versus social relations in medical care; In: Ingram, S.R., Thomas, A.E., eds. *Tapias and Utopias* in *Health.* The Hague: Mouton; 1975: 99-120. 120
13. PAPPAS, G. Sorne implications for the study of the doctor-palient interaclion: power, structure, and agency in the works of Howard Waitzkin and Arthur Kleinman. *Soc. Sci. Med.* 1990; 30: 199-204.
14. LOLAS, F. Postura publicitaria y postura comunicativa: hacia una ética de la publicidad en medicina. *Rev. Méd. Chile.* 1989; 117: 1305-1309.
15. SPILKER, B., ed. *Quality of Life Assessments in Clinical Trials.* New York: Raven Press, 1990.
16. LOLAS, F. The psychosomalic approach and the problem of diagnosis. *Soc. Sci. Med.* 1985; 21: 1355-1361.

17. LOLAS, F. *Mehrdimensionale Medizin.* Bochum: Zentrum für medizinische Ethik der Universitiit Bochum, 1988.
18. LOLAS, F. La integración entre ciencias biológicas y sociales. Un rol para metateorías. *Anuario Fil-Jurídica y Social* (Valparaíso). 1985: 115-124.

LA FUNCIÓN TESTIMONIAL DEL MÉDICO

RESUMEN

Desde un punto de vista bioético crítico, *la función testimonial del médico* consiste en ser un observador convocado como *agente o como actor* a la escena de la acción social. En este trabajo, se desglosa en *tres aspectos:* a) *participar en la definición social de la realidad;* b) *legitimar y legalizar el trastorno, la desviación y el estado de salud;* c) *establecer o ratificar la comunidad moral que justifica prácticas sociales.* A objeto de situar esta reflexión en un contexto adecuado, se le antepone una descripción de la medicina bajo el estatuto de una ciencia práxica, señalando sus variedades y recalcando la perspectividad multidimensional de su ejercicio.

BIOÉTICA y HUMANIDADES MÉDICAS

La bioética ha suplantado a la historia como disciplina axial de las humanidades médicas. Las humanidades médicas constituyen un marco epistémico para la medicina, radicalizando las mutaciones iniciadas por la introducción de las ciencias sociales y del comportamiento, enriqueciendo la objetivación causal con la experiencia intersubjetiva en la legitimación del conocimiento práctico (Böhler, 1985). El proceso iniciado con la introducción de las ciencias sociales -las "nuevas humanidades"- en el discurso médico aún no ha concluido (Lolas, 1990a). El énfasis bioético podría convertirse en una más de las frecuentes escaladas pontificantes o evangelizadoras con que algunos grupos se arrogan la regimentación de la vida. Imitando lo que ocurrió con las ciencias sociales, podría ser una excusa para reafirmar tradicionales valores, reforzados por una ideología más amplia, o constituir otra "técnica" destinada a superar los problemas de la mentalidad técnica (Caplan, 1980). Ambos peligros, la "absorción por el *establishment* biomédico" y la "expertocracia o tecnocracia bioéticas" son reales, mas no siempre evidentes.

De allí que las características de la bioética que debiéramos propiciar consistan en ser *crítica* (eto-crítica, como crítica de los usos en boga), *inmanente al ejercicio de la medicina* (no una imposición de expertos foráneos), y *agresiva* (en el sentido de anticiparse a los desafíos de las tecnologías avalóricas, *activa* y no *reactiva).*

CIENCIAS DE OBJETO Y CIENCIAS DE ACCIONES

Las especialidades médicas, como toda disciplina, pueden concebirse bajo tres aspectos: como *proceso,* como *procedimiento* y como *producto.* Todas exhiben una gestación para responder a necesidades (proceso), se impregnan de racionalidad instrumental para formularlas y resolverlas (procedimiento) y suelen convertirse en resultados y "bienes" o "comodidades" (producto). A cada una debe plantearse las siguientes preguntas: qué, cómo, por qué y para qué. Todo *conocimiento* va unido a un *interés,* todo interés a un potencial conocimiento. *Los aspectos instrumentales o técnicos, los hermenéuticos o comprensivos y los emancipatorios o morales están contenidos en esas preguntas.*

Para la medicina en conjunto tienen estas tres preguntas importancia fundamental por dos motivos: primero, la medicina no es una *ciencia pura sino espuria;* desde su nacimiento está contaminada de intereses diversos: los actos médicos tienen multiplicidad de significados. En segundo lugar, por la profesionalización y la especialización de la medicina, características culminantes de la contemporaneidad. La racionalidad instrumental de las "ciencias de objeto", que el paradigma kantiano defendió como la única que asegura un "paso seguro" *(sicherer Gang)* en el dominio del mundo, implica una *ética epistemocrática:* sólo la razón es autónoma, sólo el conocimiento puro debe ser respetado. La pureza le viene a este conocimiento de tratar con "objetos" independientes del observador y de no estar asociado a ganancias o aplicaciones prácticas. Los "objetos" de las matemáticas son más puros que los de la física y éstos más aún que los de la ingeniería. Las ciencias pueden ordenarse en jerarquías de acuerdo a lo puro (o fundamental) de sus objetos. Éstos son más "reales" mientras más "miradas" contribuyan a afianzarlos. La pupila universal de un observador generalizado, que sólo existe *sub specie aeternitatis,* es garantía de objetividad. Esta pupila, que pertenece a muchos, en realidad no es de nadie. Los objetos de tales ciencias son "objetivos" a fuerza de no tener aspectos, perspectivas, puntos de vista. Pertenecen a una realidad inmutable, regida por las estructuras eternas de la razón. *Obsérvese que, paradójicamente, mientras más abstractos tales objetos, más reales -en el sentido de universales- son.*

Las ciencias práxicas, o de acciones, consisten en permanentes opciones de realidades a conocer y construir. La realidad social que conjuran es cambiante, con apariencias multiformes y usos diversos. El interés es indisociable del conocimiento, al punto que no se reconoce cuando termina uno y empieza el otro. El modelo de conocimiento es la acción, por lo que se trata de *oficios éticos,* enraizados en la conducta, cuya eficacia está más en el acto que en el producto. Su fin no son los bienes en tanto *objetos buenos* sino los bienes en tanto *disposiciones del alma* y *actos buenos. El locus* de la eticidad, que es la acción, está *entre* el conocimiento puro (la ciencia) y la poiesis (el arte), esto es, entre los objetos ideales y los productos o bienes. Es *transitividad práxica* (Lolas, 1990b).

DIFERENTES FORMAS DE PRAXIS

Sobre las formas que esta praxis puede adoptar, existen muchas opciones. Puede ser *teleológica, estratégica, regulada por normas, dramatúrgica o comunicativa* (Habermas, 1987). Todas ellas se encuentran en el ejercicio de la medicina. No obstante, la más apropiada a su definición como ciencia de acciones parece ser la forma comunicativa, cuya precondición es el intercambio verbal, que refleja las relaciones de los actores con el mundo en cuanto tales. Un breve examen en relación a la comunicación publicitaria y la médica ha sido presentado (Lolas, 1989) como punto de partida para un análisis de las diversas variedades de praxis. El segundo aspecto importante se refiere, como hemos indicado, a la profesionalización, gran impulsora de la ética. Los grupos profesionales aspiran a diferenciarse a través de reglamentaciones y sanciones morales que al tiempo que los identifican por normas de "etiqueta" entre "colegas", los separan de otros grupos que desearan incursionar en el mismo campo de intereses. La bioética, no obstante, debe concebirse como algo más, o incluso como algo distinto, de la ética médica (deontología). El momento reflexivo que ella supone debe poner límites apropiados a la profesionalización, defenderla en lo que es legítimo, pero también ser crítica de sus opciones para cumplir la función emancipatoria de la medicina. Por estos motivos, el énfasis bioético no debe ser simplemente asunto de filósofos versados o de médicos aficionados, sino *renovación conceptual* de la medicina. Un auténtico análisis teórico, una *patología teórica* debe preceder y acompañar a la racionalidad bioética (Lolas, 1988b).

Esta reflexión crítica debe presentar alternativas a la racionalidad instrumental que actualmente domina la medicina. Debe indicar si es menester acotarla, si es necesario reemplazarla o integrarla con otras formas de pensar, definir y tratar enfermedades. Ya hemos insinuado que

la absorción de la bioética por el *establishment* biomédico o su conversión en otra técnica de expertos (los únicos que concitan respeto en la racionalidad tecnomórfica instrumental) (Habermas, 1970) es un proceso de *homogenización* y *neutralización* de la racionalidad *crítica* bioética (como forma de vida y no mero ejercicio de profesiones). Semejante proceso ha ocurrido con las ciencias sociales (Armstrong, 1987), cuya incorporación a la biomedicina significa una limitación de su rol crítico. Los problemas "psico" y "socio" se relegan a otro experto, un miembro más del "equipo de salud"; de ese modo se alivia la conciencia y el esfuerzo de los técnicos biomédicos, que pueden proseguir sin perturbaciones su labor. Si lo propio pasara con la bioética, lo único que se habría logrado es ser otra disciplina dentro del modelo vigente, recargar los *currícula* de los estudiantes, y neutralizar su potencial crítico. Se trata, por consiguiente, de una reflexión "más allá" de formas particulares de medicina, entre las cuales una, la medicina occidental, tecnocrática, objetiva, valóricamente neutral, se ha arrogado la representación de la totalidad del cuidado de la salud.

LA RACIONALIDAD BIOÉTICA y LA "PERSPECTIVIDAD" DE LA MEDICINA

Existen tres pasos necesarios para la profesionalización de la ética y su conversión a técnica.
a) La descripción de sus principios, campo de aplicaciones y resultados en términos inequívocos y procesuales;
b) La reducción de sus posibles frutos a un esquema de bien / mal, logrado/no logrado;
c) Un flujo permanente de informaciones, un monitoreo de los procesos generadores de "datos" que alimentan las decisiones.

La naturaleza incontrovertible de algunos principios los transformaría *ipso Jacto* en modelos de acción, porque conducirían a resultados esperables. Sin embargo, son muchos los factores que intervienen en una decisión, individual o grupal. Replicarlos técnicamente sería un proceso inagotable e iterativo: como jugar ajedrez por computador. Las máquinas reproducen a gran velocidad procesos elementales. Pero sus respuestas son también elementales.

Muchas decisiones morales son debidas y dictadas por intuiciones, percepciones inconmensurables con los cánones de la cientificidad de objetos. Impregnan la acción sin ser fruto de reflexión. Son dependientes del contexto, y para entenderlas o reproducirlas debemos entender éste.

¿Qué significa entender el contexto? Significa comprender el carácter transitorio de todo presente, por muy real que parezca. Todo presente es un híbrido de pasado y futuro, un punto de transición entre ambos. Ponerse en el lugar de los actores de una acción supone *recrear un contexto que dote de sentido al conjunto.*

En ética clínica puede distinguirse cuatro funciones: *educativa, observadora, testimonial, y consultiva* (Agich, 1990). Tales funciones equivalen a papeles diferenciables dentro de las acciones del médico. La ética clínica es un momento reflexivo de la acción, que la prefigura, recapitula y ordena en los "usos" de la comunidad. Es una acción virtual que acompaña como una sombra la acción real, resaltando algunos de sus aspectos, esbozando otros, ocultando a veces. Pero siempre conjurando una *totalidad* más allá de lo inmediatamente dado, esbozándola como *perspectiva de conocimiento.* Es esta dimensión *metamédica,* en el sentido de "más allá de", la que confiere a la racionalidad crítica bioética -ya convertida en ética clínica- un rol insustituible en la reelaboración conceptual de la medicina. Con la introducción de las ciencias sociales, primero, y luego con la implantación de esta racionalidad, se aproxima la constitución de un modelo de medicina, que sin renunciar a ninguno de sus aspectos históricos, los examine en el marco de una adecuada "perspectividad".

Por *perspectividad* ha de entenderse una dimensión que privilegia considerar opciones y puntos de vista de los actores en tanto que tales. La medicina es un híbrido de conocimiento e interés práctico. No es un puro saber, mas tampoco un puro hacer. Es, cabalmente, un *saber-hacer.* Esta radical heterogeneidad de la medicina casi nos impediría hablar de ella como de un quehacer unitario si no fuera que la totalidad a que se alude cobra sentido cuando es reconocida y aceptada. Así, no sólo la heterogeneidad de los puntos de vista del paciente, del técnico y de la sociedad, ni la otra, también obvia, de las distintas profesiones y teorías, deben ser tenidas en cuenta. También ha de considerarse la *pluralidad de los roles* de los actores en la praxis comunicativa (Lolas, 1988a).

EL PAPEL TESTIMONIAL

Esta pluralidad requeriría examinar los muchos papeles de pacientes y médicos, mas aquí sólo consideraremos éstos. Entre ellos, hay algunos muy tradicionales. El de *observador* es uno. Le caracterizan diversos atributos elevados al rango de virtudes en la tradición de las ciencias de objeto: la *objetividad,* el *desinterés,* entre otros.

Otro rol importante, sobre el que la racionalidad crítica se detiene, es el de *enseñar.* Es un papel polisémico, pues hay enseñadores de muchas variedades. Hay el que enseña a otros a enseñar. Hay el que enseña a ver y oír. Hay el que enseña a vivir. El ministerio del médico se extiende también a un rol que no siempre está capacitado para desempeñar.

El papel de *consultor* a veces no es abiertamente reconocido. Es el trabajo de ofrecer "consejo experto". Por lo tanto, supone un solicitante también experto, o por lo menos, en condiciones de aquilatar el consejo. Se dice que los pacientes "consultan" al médico, mas ello no siempre es verdad. La consultoría puede beneficiar sólo a alguien que sabe qué necesita y por qué. No todos los que asumen el papel de "pacientes" son consultantes. Ello dependerá del tipo de relación que se establezca (paternalista, gerencial, comercial, etc.), del nivel socioeconómico de los actores y de un plexo infinito de factores.

Mas el papel en que deseamos detenernos es el *papel testimonial.* El médico no sólo observa, enseña o da consulta. También es un ministro de fe que da testimonio. El rol testimonial recuerda el papel de observador. Quien da testimonio de hecho observa. Sin embargo, esta no es una observación desinteresada y objetiva. Es una observación con punto de vista, comprensión y empatía. Observar se convierte en testimoniar cuando el observador es convocado a la escena de la acción social como *agente* o como *actor,* esto es, para *actuar cambiando* o para *actuar representando.*

Dar testimonio podría ser simplemente otra forma de "observación participante" -término con que las ciencias sociales buscan un punto intermedio de objetividad subjetividad- si no hiciera alusión expresa al espíritu totalizador que da sentido a los actos médicos. Tal espíritu está presente en la dimensión metamédica. No es un dato, por más que debamos usar la vieja metáfora de la "totalidad psicofísica del hombre" para darnos a entender. Es perspectiva, término no visto de una ecuación, incógnita a resolver o inventar. Pero no un "objeto" que pueda "hacerse objeto de observación". La

paradoja roza los límites de lo inexpresable, pues tampoco dar testimonio significa deshacer las naturales asimetrías que el ejercicio de cualquier arte supone (la asimetría experto-profano, por ejemplo) ni aceptación irrestricta de cualquier demanda o imposición.

La función testimonial puede desglosarse, con fines de análisis, en *tres aspectos: el primero es participar en la definición social de la realidad.*

La acción médica es de aquellas que siempre se realizan con "punto de vista". En esta perspectividad radica su fértil poder moral o emancipatorio. No se ha sabido siempre dar a este concepto un lugar en la biomedicina. Principalmente, por carecer de alternativa a la tesis de que la realidad es algo inmutable, objetivo, avalórico. La biomedicina, con la iatrofísica y la iatromecánica que la fundamentaron en el pasado, ha cifrado sus mayores logros en esta pretendida neutralidad. La introducción de las ciencias sociales al discurso médico y decisivamente la racionalidad bioética nos fuerzan a reconocer dos aspectos: *la realidad social no es estática sino cambiante* y *la participación creadora de los actores es esencial en su gestación.* En la medida que se reconoce esta fértil perspectiva, la praxis comunicativa (y con ella la medicina) se convierte en un crisol donde se fraguan multitud de realidades y teorías. El primer aspecto del rol testimonial es dar fe de que estas distintas realidades (la del "paciente", la del "experto", la de la "sociedad", etc.) existen en sí y por sí y pueden ser materia de diálogo.

El *segundo aspecto* tiene que ver con *legitimidad y legalidad.* El médico tiene un papel, no siempre explícito, de árbitro de la normalidad. En el ejercicio de esta función, debe decretar cuándo termina la sanidad y comienza la enfermedad. Debe decir si talo cual desviación de la *sanidad* es o no perturbación de la *salud.* Pues se puede tener molestias y trastornos sin "haber perdido" la salud. O se puede tener quejas *sine materia* que pueden ser "legales" pero no "legítimas" si la comunidad no las acepta. El médico dictamina y su palabra no es sólo un juicio. No sólo predica algo sino también impone y ordena. En su carácter de experto, él debe saber mejor, ser, por así decir, un testigo privilegiado de la normalidad o de la enfermedad. Debe ser un conocedor de la "legalidad" fisiológica y al tiempo experto de la "legitimidad" social. En las zonas limítrofes, que acentúan y contrastan, el médico adopta un carácter judiciario.

El *tercer aspecto de la función testimonial* digno de mencionarse tiene que ver con *establecer o ratificar la comunidad moral que justifica*

las prácticas sociales. Aparte de dar fe de la realidad de los otros actores de la praxis y reconocerles entidad de sujetos, y de dictaminar sobre sus pretensiones de veracidad y verosimilitud, el médico asume a veces un carácter ritual, en la medida que sanciona o afirma, no actos o expresiones aislados, sino la comunidad que los gesta. Como comunidad moral, toda sociedad define un rango de potenciales acciones, un espacio virtual donde se encuentra lo permitido, lo factible y lo posible.

Nuclearmente, esto se aplica al ejercicio mismo de la medicina como profesión, ya que el médico corporiza una institución social que puede adoptar cambiantes aspectos. Pero también incorpora una dimensión de aceptación implícita de la realidad "macro" en la cual se inserta. En este punto, el papel testimonial es corporización de ideología, esto es, de proyectos de realidad que se afianzan sólo en sus pretensiones de validez. Y éstas no proceden de las acciones sino del contexto en que se las realiza y de la finalidad (socialmente constituida) que las impregna.

LA MEDICINA COMO CIENCIA SOCIAL

Rudolf Virchow, que fundara como nadie el paradigma fisiológico más influyente de la medicina novecentista (el teorema de la patología celular) fue también quien la definió como una ciencia social (Virchow, 1958). Lo que define este estatuto disciplinario es afincar en acciones y no en objetos, en praxis y no en poiesis, en metáforas y no en dicterios. Cuando las llamadas ciencias sociales volvieron al *corpus* de la medicina, renunciaron a sus diferencias específicas y representaron una tímida reconquista de las "humanidades". El movimiento fue radicalizado, en el núcleo mismo de la biomedicina, con la incorporación de la racionalidad bioética, que debe ser, ante todo, conciencia crítica. La profesionalización, que aspira a convertir poder en autoridad, y la especialización, que magnifica la estrategia del reduccionismo analítico, no dejan ver que lo que requiere nuestra actual situación no es *más* medicina sino *mejor* medicina. Esto es, medicina más a la medida de sus actores. Aceptar este punto de vista supone aceptar la pluralidad y la heterogeneidad de la praxis comunicativa que la sustenta.

De esta reflexión se desprende que tal heterogeneidad no es sólo de actores, conceptos o instituciones. Lo es también de papeles. Al examinar lo que sólo uno de los actores (el médico) puede asumir, no hacemos sino ejemplificar y mostrar. Todavía no de-mostrar. Este examen nos revela al menos cuatro dimensiones o aspectos: observar, enseñar, consultar y testimoniar.

Al detenemos en el último se nos aparece múltiple: contribuir a la definición social de la realidad, proporcionar legalidad y legitimidad y establecer o ratificar comunidad moral.

En los últimos años, son muchas las amenazas que se ciernen sobre la medicina como profesión. Los tradicionales "pacientes", en algunas sociedades, se muestran cada vez menos pacientes; desafían la autoridad de los "expertos", cumplen a medias sus prescripciones, "negocian" sus prioridades. Otras profesiones disputan el poder de los "doctores", que ya no son los únicos que saben, y enjuician su ideología. La sociedad y el Estado reclaman una injerencia que roza los límites de la imposición.

Estos cambios no afectan a la institución médica *qua* institución. Ponen en entredicho uno de sus modelos y son un estímulo para examinar sus orígenes, su fundamento y sus potencialidades. La bioética, concebida como una racionalidad crítica, está "más allá" de cualquier paradigma. Es, en un sentido muy cabal, una *reflexión metamédica,* que habrá logrado su propósito moral o emancipatorio cuando ponga de manifiesto fortalezas y debilidades en el tejido de la vida social.

REFERENCIAS

AGICH, G.J. Clinical ethics: a role theoretic look. *Soc. Sci. Med.* (Oxford). 30: 389-399, 1990.

ARMSTRONG, D. Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. *Soc. Sci. Med.* (Oxford). 25: 1213-1218, 1987.

BÖHLER, D. *Rekonstruktive Pragmatik. Von der Bewu tseinsphilosophie zur Kommunikationsreflexion: Neubgründung der praktischen Wissenschaften.* Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1985.

CAPLAN, A. Ethical engineers need not apply: the state of applied ethics today. *Science, Technology and Human Values.* Special Issue (33): 24-32, Fall 1980.

HABERMAS, J. Technology and science as ideology. In: Habermas, J., editor. *Towards a Rational Society.* Boston, Mass.: Beacon Press, 1970.

HABERMAS, J. *Theorie des kommunikativen Handelns.* 4th ed. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1987.

LOLAS, F. *Mehrdimensionale Medizin.* Bochum: Zentrum für medizinische Ethik der Universitat Bochum, 1988a.

LOLAS, F. Patología teórica y antropología médica. *Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat.* (Buenos Aires). 34: 41-46, 1988b.

LOLAS, F. Postura publicitaria y postura comunicativa: hacia una ética de la publicidad en medicina. *Rev. Méd. Chile* (Santiago). 117: 1305-1309, 1989.

LOLAS, F. La integración de las ciencias del comportamiento y la biomedicina. Necesidad de una metateoría. *Bol. OI San. Panam* (Washington). 109: 38-45, 1990a.

LOLAS, F. La medicina como ciencia de acciones. Consecuencias para la psiquiatría. *Actas Luso Esp. N eurol. Psiquiat.* (Madrid). 18: 29-33, I 990b . VIRCHOW, R. *Disease, life, and man.* Selected essays. Original 1849. Stanford, C.A.: Stanford University Press, 1958. H. Rather, editor.

POSTURA PUBLICITARIA y POSTURA COMUNICATIVA: HACIA UNA ÉTICA DE LA PUBLICIDAD EN MEDICINA

ÉTICA DE LA COMUNICACIÓN Y ÉTICA DE LA PUBLICIDAD*

Este trabajo obtuvo el Premio 1988 del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile A.G.

Se supone a veces que el rol de la reflexión ética es el de contrastar prácticas con normas. Tal postura supone que los valores *existen fuera* o *sobre* los actos concretos que constituyen un cierto quehacer. A menudo se busca infatigablemente aquella norma, o conjunto de normas, que garantizarían el ejercicio "correcto" de una profesión u oficio.

La dimensión valórica es, sin embargo, un principio constitutivo de todo acto, aun de aquellos que por su naturaleza parecieran no contenerla. La valoración emerge allí donde hombres concretos actúan juntos en la prosecución de fines. Impregna, desde la inmanencia de la acción, los antecedentes y los fines de la acción[1].

La acción médica no es reducible a una sola finalidad. Contiene más bien una pluralidad de fines. Todos los cuales, más allá de las diferencias, acontecen en el medio de la comunicación. Es patrimonio de los oficios éticos -lo que en alemán se llama "ethische Berufe"- el poder ser enjuiciables con arreglo a la cualidad y a las metas del acto y no en base a sus productos. Pues si se diría de un mecánico que es "bueno" porque produce con arreglo a una técnica un producto deseado o deseable *(lege artis)*, de un médico se exigiría que además, en el ejercicio de ese arte, procediera con arreglo a lo deseable "comunicativamente", esto es, en perspectiva societaria *(lege societatis)*. Debe por ello distinguirse entre el acto que "produce objetos" - la *poiesis*- y el acto que encuentra en sí mismo su justificación- la *praxis*[2].

Se puede argumentar razonablemente que todo acto se trasciende a sí mismo, produce algo y es equiparable a un rendimiento. Existe una experiencia inefable de bondad, de belleza, o de adecuación, no reducible a tales productos, a la que Paul Christian llamara "conciencia del valor en el hacer". Tal conciencia no se construye en el espacio interior del hombre aislado, sino en "medio" de los hombres, Inter-Esse, entre seres. Es allí donde el acto ejerce una función creadora, "hace objetos". Objetos que, sin embargo, no se dejan reducir a la métrica tridimensional del

espacio sino existen en el consenso y en la cualidad[3].

Es por ello de interés distinguir entre comunicación y publicidad, por más que ambas compartan la dimensión societaria. Pues si la comunicación es inseparable de toda praxis médica -en tanto praxis- la publicidad afinca en la comunicación interesada de un bien-objeto. La medicina no trata con bienes-objeto. Si así hiciera, se justificaría publicitar la salud, concebida como una "cosa" que se tiene o se añora. Mas la salud es una construcción personal, una idea, y en cuanto tal nunca se halla plenamente realizada y nunca es observable en estado de prístina pureza. De allí que publicitar actos médicos como productores de salud sea reducir tales actos a uno de sus constituyentes, ideológicamente lastrado.

Al decir ideológicamente lastrado se insinúa que la ideología que equipara la salud a un bien-objeto es una conciencia parcial y, en último análisis, falsa. Significa otorgar primacía a una forma de concebir la salud que sólo considera legítima la determinación "científico-positiva" de ella, ignorando el aspecto de construcción personal. En el medio proporcionado por el "encuentro interhumano" es donde se producen y confrontan las diversas ideas de salud. Que a veces es la determinada por las disciplinas fundacionales de la "ciencia médica" -fisiología, patología- mas a veces es la proporcionada por los ritos inconscientes de la masa, las expectativas societarias y personales. Ofrecer la salud como bien es ofrecer *una* salud, entre otras, y no respetar la conformación "activa", de acto, que hace surgir -en el encuentro-- salud y enfermedad como procesos[4].

Todo acto médico es constitutivamente comunicación. Mas no puede ser publicidad. La ética de la comunicación no es la misma que la de la publicidad.

HACIA UNA DETERMINACIÓN DE LA PUBLICIDAD

Como fenómeno de las sociedades industriales, la publicidad es aquella función por la cual se garantiza la permanente renovación de los bienes y por ende la obsolescencia de éstos. De esa manera se asegura la producción permanente, la fluida continuidad de los procesos generatrices. Ello no sería posible si la gente no consumiera, y no consumiría si no experimentara carencias. Es, por ende, una función de la

propaganda el generar carencias proponiendo, conjuntamente con ellas, los medios de solventarlas. La "lógica pecuniaria" de Jules Henry encuentra aquí su máxima expresión. No se consume necesariamente lo que es mejor sino lo que es consumido por muchos y "está de moda". Es "evidentemente" un bien el poseer aparatos telefónicos de colores. Lógicamente, hay que usar la ropa talo cual. En todas estas decisiones opera una estructura de juicio: de identidad a veces, de no-identidad otras. *Identificación* y *categorización,* funciones cognoscitivas fundamentales, son puestas aquí a funcionar con fines premeditados[5].

Hay ciertos valores que algunas formas de propaganda exaltan. Por ejemplo, el valor de novedad, donde lo "nuevo" adquiere ribetes mágicos y bondades automáticas. En otros casos, el valor de naturalidad, en que la Naturaleza se presenta como Paraíso perdido, recuperable mediante talo cual producto. Y, no raramente, salud, donde ésta es un estado que puede gozarse o una condición a preservar si se hace tal o cual cosa, se consume talo cual producto, etcétera.

No es éste por cierto el lugar para discutir, o tan siquiera mencionar, las estrategias y las tácticas de la publicidad. La mayoría son deudoras de tradiciones ligadas a la reflexiología bechtereviana o pavloviana, al asociacionismo herbartiano y a teorías de la motivación tan diversas como la del psicoanálisis y la del análisis experimental del comportamiento. Se trata de precisar, más allá de las diferencias, el sentido y fin de la publicidad como proceso dentro de las sociedades industriales y examinar su aplicación a la acción médica. Para ello es menester destacar la doble orientación de la actividad propagandística: debe generar necesidad de un bien y precisar los modos a acceder a este bien. Ambos componentes coinciden con muchas formas de comunicación médica. Así, por ejemplo, generar necesidad de mejores formas de higiene colectiva o indicar la manera de prevenir las diarreas estivales son formas simples de comunicación. Es sólo cuando van juntas --con la intención de incrementar el consumo-- que podemos hablar de propaganda.

No se trata de descalificar la actividad propagandística sino todo lo contrario: de calificarla como una forma eminente de proceso social que asegura la actividad productiva e incentiva la industria competitivamente. Mas la pregunta es: ¿se aplica esto a la acción médica, en *cuanto tal?*

Nuestra respuesta exigiría desarrollar aspectos que en otros sitios han sido más extensamente discutidos. Sucintamente, sin embargo, se refiere a dos: La acción médica no es bien sino transitividad práxica. La salud no es una cosa sino un proceso, con avances, retrocesos, mitos, rituales y perturbaciones que pertenecen a ella tanto como al bienestar, la

estabilidad o la felicidad que se supone son su consecuencia. Una medicina antropológicamente orientada no puede ignorar su constitutiva vertebración comunicativa y por ende valórica, abriendo el camino a la confrontación de ideas de salud y de enfermedad que no proceden del espacio tridimensional de las disciplinas llamadas "objetivas" sino del espacio multidimensional de lo social. Publicitar un bien significa empobrecer la pluralidad de connotaciones que la salud y la enfermedad, como procesos, tienen, rigidizar una definición de ellas e imponerla.

Por esta razón, el esquema publicitario no es enteramente aplicable a la acción médica.

Pero hay otra. Se trata de la naturaleza de la acción a que se trata de llevar.

Por ser praxis, el acto médico reside en la comunicación y en la comunidad de intereses o metas. La publicidad, como técnica del convencimiento, construye una retórica de los motivos basada en la manipulación y el control.

Nada hay de peyorativo en este empleo de los términos. Manipulación y control son constituyentes de toda ingeniería social, y entran también en el acto profesional -de cualquier naturaleza que sea- por la división fundamental entre experto y profano. Hay, sin embargo, una diferencia radical entre la *postura publicitaria* y la *postura comunicativa,* especialmente en el seno de la acción médica. En tanto la primera define el bien, lo hace necesario creando su carencia e impone medios únicos para acceder a él, la segunda genera un campo de opciones y de responsabilidad compartida.

La postura publicitaria condena a uno de los participantes en la transacción comunicativa a una pasividad ignorante. La postura comunicativa busca una esfera de compartición y de decisiones comunes.

Por cierto que no queremos insinuar que la postura publicitaria es sólo evidente en la televisión y los medios escritos de propaganda. Se esconde, como posibilidad, en toda transacción en la que concurran estos dos elementos: *manipulación* y *pasividad.* Hay algo de publicidad en ciertas formas de acto médico, casi por necesidad, pues al receptor -o paciente- se le imponen normas y decisiones en cuya génesis no participa. Mas la dimensión axiológica del acto médico -como acto intrínsecamente comunicativo y compartidor de responsabilidades si ha de ser exitoso- supone una postura distinta. Pues de lo que se trata no es del mercado de la salud como bien sino de la *eficacia* de la acción conjunta, que debe ser aceptada por los participantes.

Esto no tiene nada que ver con una pretendida eliminación de las distintas posiciones que caben al médico y al paciente en la configuración del acto. Negarlas sería tan absurdo como pretender que no hay más que una forma de mantenerlas. El problema de la *compliance* -o acatamiento de los regímenes terapéuticos- es un problema de la medicina de postura publicitaria. Casi no podría serlo en una medicina rectamente comunicativa, de responsabilidad compartida. Cada uno de los participantes -"socios" ya en la comunicación- es distinto por tener distintos roles en el conjunto. El poder o la hegemonía profesional, como todo poder y toda hegemonía *legítimos,* encuentra su fundamento en la libre aceptación de las tareas comunes.

LAS FORMAS DE LA DOLENCIA

Sentirse enfermo es distinto de *tener una enfermedad* y distinto también de *ser considerado enfermo.* Estas tres dimensiones, o ejes, se conciben aquí no como invariantes sino como momentos del análisis. La síntesis de ellos es tarea de la reflexión médica, en la cual, inevitablemente, se incluye la perspectiva axiológica[6].

No puede decirse "como debe ser" la medicina o "como deben comportarse" los médicos y otros profesionales de la salud sin necesariamente aludir a "cómo deben comportarse" los que están en el rol de pacientes o dolientes. Hacer tales indicaciones, a fuer de presuntuoso, sería también incorrecto. Supondría tener resuelto el problema antes de haberlo planteado.

Plantear el problema, en términos éticos, significa ante todo una contrastación de opciones y por ende de libertades. Ninguna elaboración en tal sentido es razonable si no toma en consideración la pluralidad del acto médico, su polisemia, sus abiertas posibilidades: pues es sanar, educar, aconsejar, escuchar, ordenar, amar y muchas cosas más. Cada una de estas connotaciones reestructura el medio en el cual el acto total se configura. Así, por ejemplo, sanar es una vaga finalidad, pues no pocas veces la intervención técnica adecuada no sana a las personas, por más que los cánones del arte y las precisiones de la ciencia digan que así ha sido. "Medicus curat, natura sanat". Recordemos la infinidad de "pacientes" "curados", más no sanos, que invaden nuestros sistemas de salud. Otro ejemplo: ¿cuándo educa el médico?, ¿cuándo indica a sus pacientes lo que una "diatía", una forma de vida, puede lograr?, ¿cuándo

indica los riesgos de una conducta patogénica?, ¿cuándo elabora una lista de prohibiciones?, ¿o cuándo más bien se atiene a la vieja virtud de la prudencia -o de la phronesis- e indica aquello que es prácticamente realizable aún si no técnicamente completo? Sin mencionar la conexa pregunta: *¿cómo* educa el médico?, ¿con su ejemplo?, ¿con su magisterio público a través de la prensa?, ¿con su palabra reiteradora de lo que los textos médicos señalan?

Es pues incorrecto hablar del acto médico como unitario. Y más incorrecto aún enjuiciar los méritos y deméritos de las dos posturas delineadas -la publicitaria y la comunicativa- en términos abstractos aplicables a "la" medicina en conjunto.

La postura publicitaria puede tener, según el contexto, determinadas ventajas en el corto plazo. Mas podría vulnerar la prosecución de fines más universales y por ende mejores. Lo que es más importante, parte de la errada noción de que lo fundamental en la acción médica es su producto, ignorando que ella es, más que producto, fuerza productiva, *praxis* más que *poiesis.*

Reiteremos: la salud -aun la idea misma de salud- no es "real" en el sentido que son reales los "objetos" de la ciencia. Éstos son más reales mientras más perspectivas distintas los iluminen. La infinidad de observadores y de métodos es la precondición de esta realidad "impersonal" de los objetos. "Real, escribía Bergson, es aquello que puede ser abordado en infinita variedad de formas". "Un objeto, escribía Wittgenstein, contiene la posibilidad de todas las posiciones". Nuestro lenguaje corriente captura esta hipostasía: la mesa del sentido común se supone que es la mesa del físico, la mesa del escritor, la mesa en cuanto tal.

No ocurre lo mismo con las acciones. En ellas persiste como inextirpable residuo su intencionalidad personal. Son hechas *por* alguien *para* algo. Son pues inagotables en perspectivas, y ninguna las captura por entero si no se considera el contexto y las finalidades.

La salud -y la idea de salud- se construye y destruye a tenor de su constitución "activa". Los puntos de vista de la ciencia, de la sociedad y del sujeto no son traducibles de uno a otro si no es con arreglo a una síntesis dialéctica que respete las diferencias y las "disuelva" en el medio de la comunicación.

De allí, aunque sea volver al argumento, que la lógica propagandística no sea apropiada a los actos médicos.

Mas hay variedades estructurales que es menester considerar. Una transacción médica es contextual. Hay definiciones de "enfermar agudo", "enfermar crónico", "enfermar que pone en peligro la vida", "enfermar trivial". Son sólo algunas. Mas el uso las ha perpetuado. Les es común: una forma de relación (entre el experto y el profano); una cierta distribución de roles (el paciente crónico es diferente al agudo); la forma de la transacción comunicativa (cooperación en el caso de las enfermedades crónicas, acatamiento en el caso de las agudas); el tipo de asimetría de la relación (total en el caso de las enfermedades que amenazan la vida, muy atenuada en las crónicas).

Obsérvese que hablar de la salud como "el" bien corporizado en la medicina, aparece ya en esta somera caracterización como una aseveración incorrecta. A menos, naturalmente, que la idea de salud se haga tan elástica que ya no signifique nada. ¿Qué de común puede haber entre la "salud" de alguien que sin duda se recuperará de un resfrío y la salud de un insuficiente renal crónico, para quien la vida deberá reformularse por completo? ¿Qué es salud en una acción médica que sólo persigue salvar la vida amenazada en una urgencia? Ya decíamos: la postura publicitaria -subproducto de la lógica pecuniaria de las sociedades industrializadas- es insuficiente para convertirse en garantía de acción médica eficaz. La pura propaganda de algo no garantiza la plausibilidad de la acción que conduce a ese algo ni, menos aún, su plena realización.

Postura publicitaria, en los actos médicos, no coincide -es, más bien, antagónica- con postura comunicativa.

Si bien su adecuación y propiedad dependen del contexto en que se dan los actos médicos, para aquello que es invariante en éstos -el ser praxis comunicativa- es insuficiente.

NECESIDAD DE UNA AXIOGRAFÍA

Podrá nuestra caracterización antagónica de lo publicitario y lo comunicativo en medicina parecer insuficientemente fundada o artificiosa, mas ella pone al descubierto la necesidad de hacer una radiografía de lo axiológico omnipresente en todo acto.

Esta "axiografía" debe descubrir los principios rectores que animan todo acto y situarlos en la inmanencia de lo que persiguen o de la cualidad que manifiestan. No consiste en la acrítica imposición de una norma que pontifique desde fuera, ignorando las relatividades y la polisemia de la praxis médica.

La postura publicitaria es sólo un momento en el continuo comunicativo, que extrema los principios de manipulación y dependencia

-pasividad. Toda vez que la salud no es cosa sino proceso personal, ella no puede ser objeto de propaganda. Tampoco pueden serlo los medios o productos que la preservarían, por la misma razón. Válida en algunos contextos, la postura publicitaria elimina aquello de responsable e individual que tiene el bien-estar, idea tanto científica como personal y social. La enfermedad es un camaleón conceptual, pues existe simultáneamente en el espacio del sentimiento individual, de la mitología social, de la ciencia empírica, del ritual. Venderla o comprarla sería como comprar o vender la emoción, la belleza o la sabiduría. Ello sólo es posible a condición de "cosificarla", esto es, de desvirtuarla reduciéndola a un aspecto.

Más que dicterios para resolver en un sentido casuístico, necesitamos formulaciones programáticas. Gracias a ellas podremos examinar "axiográficamente" cuándo un "consejo" de la televisión o una "declaración pública" son respetuosos de la libertad de opciones y de la naturaleza transitiva de los actos. Sobre todo hoy, en que la medicina ya no sólo es asunto de expertos sino vinculación societaria intrínsecamente comunicativa, constitutivamente valórica.

En este análisis, se observará, no hemos aludido a los fines de la propaganda en cuanto propaganda. Se podría argumentar que ella siempre propende al bienestar de sus destinatarios, toda vez que les informa de riesgos, les hace notar insuficiencias y les instruye acerca de productos y actividades benéficas. Para reducir a "slogan" tales principios, es menester empobrecerlos y presentarlos unilateralmente. Si a ello se agrega el principio del lucro por el lucro, tal postura roza otros complejos argumentales, en los que aquí no podemos entrar. Suponemos buenas intenciones e información fidedigna, pero tanto unas como otras pueden ser puestas al servicio de algo que no compete a la medicina como acto comunicativo. Al examinar la propaganda -o mejor, la postura publicitaria- sugerimos que si bien ella constituye un ingrediente de nuestra medicina, no es en modo alguno la forma más apropiada de comunicación en el seno del acto médico.

NOTAS

1. La concepción de la medicina como una "ciencia de acciones" o "praxiología" (Handlungswissenschaft) por oposición a "ciencias de objeto", fundamenta el considerarla *constitutiva* y esencialmente valórica.

2. Esta distinción está elaborada en Il handt, F.J. *Medizinische Ethik.* Springer Yerlag. Berlín-Heidelberg-New York, 1985.

3. Véase Christian, P. *Von Wertbewusstsei im Tun,* Enke Yerlag, Stuttgart, 1948. La introducción de la temática representado por las ciencias sociales al discurso médico, no representa una modificación cualitativa importante, en tanto tales disciplinas sean estructuradas en base al modelo de las ciencias "de objeto" (positivas), caracterizadas por una pretendida neutralidad valórica (véase Lolas, F. *Mehrdimensionale Medizin: Uberlegungenjeneits des biopsychosozialen Modells,* Zentrum für Bioethik, Bochum, 1988).

4. Tal es, entre otros, uno de los aportes de la noción de *Medicina General* de Viktor von Weizsäcker *(Gesammelte Schriften,* vol. 7, Suhrkamp Yerlag, Frankfurt, 1987).

5. Henry, J. *La cultura contra el hombre,* México: Siglo XXI, 1967.

6. Véase Lolas, F. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica, *Salud Mental* (México), 11: 19-24, 1988.

7. Se toma esta idea del profesor Hans-Martin Sass, quien ha elaborado una pauta para obtener el "axiograma" de un determinado sujeto. La similitud con "hemograma" o "electroencefalograma" -en el sentido de documento gráfico- es evidente.

TECNOLOGÍA BIOMÉDICA. CALIDAD DE VIDA Y IMPLICACIONES ÉTICAS

Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en la Conferencia de Consenso convocada por la Organización Panamericana de la Salud y realizada en México, entre el 16 y el 19 de octubre de 1990.

RESUMEN

La innovación tecnológica constante es identificada como una característica de la biomedicina que la distingue de otros sistemas médicos. Sus causas son intrínsecas a la racionalidad tecnocrática que la sustenta y también atribuibles a la intervención de factores económicos, profesionales y políticos. Entre sus consecuencias están el incremento de los costos en salud, la desigualdad en el acceso a los recursos y la perpetuación de la asimetría experto-profano. La diferencia entre *rutina obligada* y *medida extraordinaria* se sugiere como un punto de partida para el análisis de las implicaciones éticas de la innovación tecnológica, pues separa cuidado de la salud, de investigación en sujetos humanos. En cardiología, y especialmente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria, los dilemas planteados por la tecnología médica no son puramente técnicos. Su correcta formulación exige considerar la *calidad de vida* como un concepto multidimensional, cambiante y centrado en las percepciones de las personas como distancia entre expectativas y resultados. La consideración ética debe tomarla en cuenta.

LA BIOMEDICINA COMO IATROTÉCNICA

Una de las características distintivas de la biomedicina, o medicina científica, por contraste con sistemas médicos tradicionales, es su permanente innovación tecnológica.

Ello reconoce, entre otros, los siguientes orígenes:

a) La dinámica propia del progreso científico que es, en último análisis, progreso técnico de acuerdo al modelo de la ciencia occidental actualmente en vigencia. Tal modelo reconoce sólo los límites de la factibilidad técnica en sus descubrimientos y eventuales aplicaciones y privilegia la "microcausalidad" biológica sobre otras;

b) Los intereses industriales y económicos del *establishment* productivo,

que llevan a considerar a la salud como un producto del avance tecnológico, sostenible en base a la misma "lógica pecuniaria" (Henry, 1967) que sustenta otras "comodidades" de la civilización (R.L. Caplan, 1989);

c) Los intereses de grupos profesionales, especialmente los médicos, por mantener control sobre su área de trabajo. A través de manipular la incertidumbre y, sobre todo, de mantenerse en un estado de relativa indiferenciación con respecto a las tecnologías específicas. Un buen ejemplo lo brindan las técnicas de diagnóstico por imagen, cuya historia de aplicaciones y perfeccionamiento ilustra un desarrollo "medicocéntrico", pese a que otros grupos profesionales compartieron al comienzo conocimiento y destrezas (Daly and Willis, 1989).

Estas consideraciones son especialmente relevantes en cardiología, tal vez una de las especialidades con mayor uso de tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Las *consecuencias* de la innovación tecnológica permanente son, entre otras, las siguientes (Vilardell, 1990):

a) Encarecimiento de la atención médica;

b) Desigualdad de acceso a los recursos, con lo que suelen vulnerarse principios de equidad y de justicia;

c) Reforzamiento de la asimetría experto-profano, por el saber especializado que el primero maneja, con el riesgo de vulnerar la autonomía y la integridad del segundo;

d) Mal uso, o uso inadecuado y excesivo, por ideología o ignorancia de parte de los expertos;

e) Uso exagerado e innecesario por necesidad pecuniaria o comercialización debida a los costos del equipo;

f) Proletarización del trabajo médico, que se hace dependiente de consorcios o empresas capaces de disponer del instrumental;

g) Umbral de decisión médico-técnica disociado de la vida corriente y de los usuarios *(furor diagnosticus* y *furor therapeuticus),* con desprecio del significado de las acciones preventivas, diagnósticas y curativas para el sujeto individual.

Eventualmente, estas consecuencias repercuten en la calidad de vida, determinada en parte por la distancia entre las expectativas y los resultados: la distancia entre *healing* y *curing.* A veces un paciente "curado" desde el punto de vista técnico, no se siente "sano" en lo personal (Lolas, 1988c) *(Medicus curat, Natura sanat).* Esto no sólo tiene que ver con distintas "rotulaciones" de enfermedad: la del paciente, la del experto y la de la sociedad *(illness, disease* y *sickness)* (Lolas, 1988b).

TECNOLOGÍA BIOMÉDICA. CALIDAD DE VIDA Y IMPLICACIONES ÉTICAS

Una versión preliminar de este trabajo fue presentada en la Conferencia de Consenso convocada por la Organización Panamericana de la Salud y realizada en México, entre el 16 y el 19 de octubre de 1990.

RESUMEN

La innovación tecnológica constante es identificada como una característica de la biomedicina que la distingue de otros sistemas médicos. Sus causas son intrínsecas a la racionalidad tecnocrática que la sustenta y también atribuibles a la intervención de factores económicos, profesionales y políticos. Entre sus consecuencias están el incremento de los costos en salud, la desigualdad en el acceso a los recursos y la perpetuación de la asimetría experto-profano. La diferencia entre *rutina obligada* y *medida extraordinaria* se sugiere como un punto de partida para el análisis de las implicaciones éticas de la innovación tecnológica, pues separa cuidado de la salud, de investigación en sujetos humanos. En cardiología, y especialmente en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria, los dilemas planteados por la tecnología médica no son puramente técnicos. Su correcta formulación exige considerar la *calidad de vida* como un concepto multidimensional, cambiante y centrado en las percepciones de las personas como distancia entre expectativas y resultados. La consideración ética debe tomarla en cuenta.

LA BIOMEDICINA COMO IATROTÉCNICA

Una de las características distintivas de la biomedicina, o medicina científica, por contraste con sistemas médicos tradicionales, es su permanente innovación tecnológica.

Ello reconoce, entre otros, los siguientes orígenes:

a) La dinámica propia del progreso científico que es, en último análisis, progreso técnico de acuerdo al modelo de la ciencia occidental actualmente en vigencia. Tal modelo reconoce sólo los límites de la factibilidad técnica en sus descubrimientos y eventuales aplicaciones y privilegia la "microcausalidad" biológica sobre otras;

b) Los intereses industriales y económicos del *establishment* productivo,

que llevan a considerar a la salud como un producto del avance tecnológico, sostenible en base a la misma "lógica pecuniaria" (Henry, 1967) que sustenta otras "comodidades" de la civilización (R.L. Caplan, 1989);

c) Los intereses de grupos profesionales, especialmente los médicos, por mantener control sobre su área de trabajo. A través de manipular la incertidumbre y, sobre todo, de mantenerse en un estado de relativa indiferenciación con respecto a las tecnologías específicas. Un buen ejemplo lo brindan las técnicas de diagnóstico por imagen, cuya historia de aplicaciones y perfeccionamiento ilustra un desarrollo "medicocéntrico", pese a que otros grupos profesionales compartieron al comienzo conocimiento y destrezas (Daly and Willis, 1989).

Estas consideraciones son especialmente relevantes en cardiología, tal vez una de las especialidades con mayor uso de tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Las *consecuencias* de la innovación tecnológica permanente son, entre otras, las siguientes (Vilardell, 1990):

a) Encarecimiento de la atención médica;

b) Desigualdad de acceso a los recursos, con lo que suelen vulnerarse principios de equidad y de justicia;

c) Reforzamiento de la asimetría experto-profano, por el saber especializado que el primero maneja, con el riesgo de vulnerar la autonomía y la integridad del segundo;

d) Mal uso, o uso inadecuado y excesivo, por ideología o ignorancia de parte de los expertos;

e) Uso exagerado e innecesario por necesidad pecuniaria o comercialización debida a los costos del equipo;

f) Proletarización del trabajo médico, que se hace dependiente de consorcios o empresas capaces de disponer del instrumental;

g) Umbral de decisión médico-técnica disociado de la vida corriente y de los usuarios *(furor diagnosticus* y *furor therapeuticus),* con desprecio del significado de las acciones preventivas, diagnósticas y curativas para el sujeto individual.

Eventualmente, estas consecuencias repercuten en la calidad de vida, determinada en parte por la distancia entre las expectativas y los resultados: la distancia entre *healing* y *curing*. A veces un paciente "curado" desde el punto de vista técnico, no se siente "sano" en lo personal (Lolas, 1988c) *(Medicus curat, Natura sanat).* Esto no sólo tiene que ver con distintas "rotulaciones" de enfermedad: la del paciente, la del experto y la de la sociedad *(illness, disease* y *sickness)* (Lolas, 1988b).

También con el hecho de que salud y enfermedad no son conceptualmente "objetos" como los de la racionalidad de las ciencias "de objeto", sino construcciones procesual es en la vida de las personas, ancladas en rituales y valores sancionados por la cultura. La dificultad para definir el bienestar es ya una indicación de que no basta considerar la salud como un "producto" sino más bien como una construcción personal.

INNOVACIÓN IATROTÉCNICA Y ÉTICA

Todo procedimiento avanzado de tecnología diagnóstica o terapéutica, en alguna etapa, entra en el concepto de investigación en sujetos humanos. Rigen allí, por tanto, los principios consagrados para ésta: códigos de Núrenberg y Helsinki, y sus posteriores ratificaciones.

Los controles de la investigación biomédica son de dos tipos: *intraprofesionales* y *extraprofesionales.* La literatura revela que ambas variedades son susceptibles de fallas (Benson, 1989). La noción misma de control no es unívoca, y no debe entenderse logrado si sólo hay una aceptación ritual y exegética de los procedimientos externos (consentimiento informado, por ejemplo), sin posibilidad de confrontación de principios. Por otra parte, en algunas áreas culturales los procedimientos desarrollados en países industrializados y alfabetizados pueden no ser apropiados (Serrano La Vertu and Linares, 1990).

Puede hacerse dos consideraciones preliminares respecto de la ética del cuidado médico y la innovación tecnológica. La primera tiene que ver con la planificación de sistemas de salud. Como sugiere Gish (Gish, 1990), no puede dudarse que los servicios médicos contribuyen al bienestar de la población. No obstante, conviene cambiar la estrategia de métodos de planificación del *input* a métodos con estrategias basadas en mejorar el *output,* esto es, la utilización. No sólo más médicos, centros asistenciales y avances tecnológicos. También es menester que haya adecuado número de contactos con el sistema, y que tales contactos sean adecuados en calidad. A fin, entre otras cosas, de reducir el tiempo que media entre la percepción de problemas y la rotulación médica.

El segundo aspecto es ético. La ética clínica tiene diversos roles, que pueden resumirse en observar, testimoniar, enseñar y consultar (Agich, 1990). Por su naturaleza, la innovación tecnológica es incapaz de atender una demanda masiva. Uno de los problemas es decidir si los recursos invertidos, por ejemplo, en una operación de *bypass* podrían resolver numerosos problemas de salud para una población mayor. Las prioridades no son fáciles de determinar, si bien puede argumentarse en términos de medidas *extraordinarias* y *ordinarias.* Los médicos no están obligados a las primeras, porque toda medida extraordinaria (en términos de costo, despliegue técnico, atención profesional), supone descuido de otros aspectos. Y su "humanidad" puede involucrar una tendencia a la "inhumanidad" (Illhardt, 1985, p. 54). El descubrir las dimensiones problemáticas de tales decisiones supone observar. El refrendar su propiedad supone testimoniar. El ayudar a una visión más global involucra consultar. La permanente reflexión implica enseñar. La mayoría de los conflictos éticos en el área de la tecnología empiezan cuando las medidas extraordinarias pierden su carácter de avances y se convierten en rutina. Es el caso de la fertilización *in vitro,* de ciertos métodos diagnósticos invasivos en cardiología, o de tratamientos complejos. La pérdida del carácter "experimental" de un procedimiento plantea el deber de proveerlo a todos los que lo soliciten en virtud de sus derechos a la salud.

El problema es definir qué se considera extraordinario o experimental. Las constituciones políticas de los Estados no pueden asegurar a nadie el derecho a la salud, sólo el derecho a atención médica. La opinión de los expertos, a menudo influida por adecuadas estrategias de *marketing,* puede considerar esencial un determinado procedimiento o equipo para el correcto diagnóstico y tratamiento de ciertas afecciones. Esto genera demanda, aumento de costos y creciente insatisfacción por parte de la población excluida de su utilización. El sobreempleo de recursos iatrotécnicos complejos también está relacionado con la necesidad de protegerse de juicios por malpraxis, que suponen garantizar acciones de acuerdo con "el estado del arte" y contratar pólizas de seguro. Obsérvese que el rol de una crítica informada es precisamente examinar las pretensiones de legitimidad y validez de distinciones específicas entre rutina obligatoria y experimentación.

CALIDAD DE VIDA Y TECNOLOGÍA BIOMÉDICA: EL CASO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

El descubrimiento de que las arritmias cardíacas son potencialmente fatales en víctimas de un infarto y serían responsables de muchas muertes (750.000 en los Estados Unidos), llevó a la noción de que el monitoreo permanente sería un medio eficaz para detectar precozmente

e intervenir a tiempo. Las compañías electrónicas reconocieron la oportunidad y posicionaron sus productos en términos de la seguridad brindada a miles de personas. Pocas fueron las pruebas de que este dato, elevado a dogma cardiológico, realmente salvara muchas vidas (Woolhandler and Himmelstein, 1989). Pequeños estudios, conducidos en Gran Bretaña, sugirieron que la recuperación de los pacientes en el hogar es comparable a la lograda en los hospitales totalmente equipados (Hill *el al.,* 1978). Esto señala lo variable de los criterios para aseverar eficacia.

Por otra parte, debe recordarse que la técnica puede ser iatrogénica e inducir efectos secundarios negativos que es menester sopesar antes de indicarla irrestrictamente. Esto es especialmente importante en el caso de medidas diagnósticas o terapéuticas invasivas o irreversibles que deban practicarse en personas asintomáticas, como es el caso de muchos pacientes cardiovasculares (e.g. Wenger and Furberg, 1990). En ocasiones, la adherencia a un régimen de control instrumental de funciones fisiológicas impide atender a las necesidades psicológicas de los individuos. Es paradójico que la orientación individualista de la medicina occidental, productora de la racionalidad tecnocrática biomédica, lleve a resultados como los observables en las típicas unidades de cuidados intensivos. En ellas es difícil afirmar que hay tiempo, o inclinación, a paliar la "soledad instrumental" en que quedan los enfermos.

Puede sugerirse que gran parte de los problemas éticos de la medicina tecnológica derivan no tanto de errores o mala aplicación de sus logros sino de su propia estructura conceptual. Urge, pues, una *revisión de supuestos teóricos* tanto como una implementación de recursos "expertos" en ética. Por ejemplo, el estatuto científico de *ciencia de objetos* puede reemplazarse por el de *ciencia de acciones,* con lo que se desplaza el énfasis de la *poiesis,* o producción de *commodities,* a la de *praxis,* que es transitividad de la acción (Lolas, 1990b). Puede modificarse asimismo la noción de causalidad exclusiva y excluyente, que a través de reducciones sucesivas reconoce como fundamental sólo la causación en los microniveles, tomando por innecesarios, o meramente anecdóticos, otros niveles, tales como los significados sociales, los datos epidemiológicos, o aun la noción de *calidad de vida,* que representa en parte la evaluación que hacen los usuarios del sistema de salud.

Cualquier discusión sobre la "eticidad real" de las acciones en salud, debe considerar que "calidad de vida" es un concepto multidimensional; cada dimensión cambia a lo largo del tiempo y el término intenta rescatar la percepción del significado humano de las

acciones médicas. Con ello se alude explícitamente a la dimensión ética. Reducir ésta a un punto de vista exclusivamente psicológico o a una serie de "algoritmos morales" manejados por "expertos en ética" sería, sin embargo, empobrecerla (A. Caplan, 1980). Ella debe considerar la cultura y la comunidad; junto a la rotulación personal tales instancias definen matrices valóricas, expectativas y logros que deben considerarse al valorar las tecnologías y su accesibilidad. La "utilidad" de un procedimiento debe considerar los *trade-offs* que las personas están dispuestas a afrontar; por ejemplo, la necesidad de "saber" más de su estado físico versus las molestias que un diagnóstico invasivo puede causar; o ganar algunos años de sobrevida versus un estado de permanente dependencia de complejas rutinas instrumentales. La rehabilitación y el reintegro a la vida normal deben considerar factores tales como la sensación somática (alivio de síntomas), la funcionalidad laboral y social, la preservación o recuperación de roles, el desgaste económico para el paciente y sus grupos vinculados. Factores todos que no se dejan reducir a indicadores de morbilidad y mortalidad o sobrevida y que en el caso de las intervenciones quirúrgicas cardiovasculares han mostrado discrepancias de un estudio a otro. En el caso del *bypass,* los logros parecen radicar en la capacidad funcional general más que en la mejoría de los aspectos psicológicos disfóricos (ansiedad o depresión) o la interacción familiar, existiendo a veces déficit neuropsicológicos atribuibles a la cirugía (Raczynski and Oberman, 1990). Estas consideraciones no sólo hacen imperativa la investigación sobre tratamientos alternativos sino también una perspectiva multidimensional a largo plazo. Es sabido, por ejemplo, que las tres metas principales de la cirugía de *bypass* –reducción del dolor, prevención de ataques y prolongación de la vida- no están ni uniformemente cumplidas en todos los casos ni fehacientemente demostradas. Los beneficios tienden a ser desiguales según la etapa evolutiva postoperatoria (Bates 1990; Raczynski and Oberman, 1990).

Uno de los puntos centrales en la evaluación de las intervenciones tecnológicas, reiterando lo dicho más arriba, es su conceptualización como rutina obligatoria o como medida de excepción (experimental o de investigación). Bajo el primer concepto, todo efecto negativo debe ser aceptado sin discusión; bajo el segundo, debe reflexionarse en base a los principios de la investigación en sujetos humanos, incluyendo el importante dilema del acceso equitativo (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research 1983).

LA BIOMEDICINA COMO SISTEMA CULTURAL

Hay evidencias de que la indicación de cirugía coronaria es mucho más frecuente en Estados Unidos que en Gran Bretaña (Payer, 1990), de igual modo que ciertos diagnósticos son realizados más frecuentemente en algunos países, y que las recomendaciones dietéticas exhiben considerables diferencias.

Esto sugiere que la iatrotécnica debe ser tratada como un *sistema cultural,* con sus convicciones e ideología propias, lo cual no necesariamente implica un enjuiciamiento al sistema capitalista (Waitzkin, 1983). Las aportaciones de los estudios críticos son, sin embargo, útiles para plantear paradojas (Scheper-Hughes, 1990). Existe una considerable literatura sobre los procesos de legitimación ideológica de la biomedicina (e.g. Bates, 1990). La industria de la salud tendría tendencia, de acuerdo a algunos autores, a sobreusar terapias tales como el *bypass* coronario, por su énfasis en tratamiento individualista en un marco de decisiones basadas en consideraciones políticas y económicas. El argumento, naturalmente, es válido en la medida que se consideren indicadores apropiados de eficacia. Por ejemplo, si a las tradicionales medidas de morbilidad y mortalidad se agregan atributos humanos relevantes (Schipper *et al.,* 1990), la preferencia por un método de tratamiento cobra nueva perspectiva.

Existen evaluaciones globales o genéricas de calidad de vida (funcionamiento físico, función intelectual, retomo al trabajo, recreación, ajuste sexual, entre otras) y también evaluaciones específicas. En el terreno cardiovascular la Specific Activity Scale (Goldman *et al.,* 1981), el Rose Chest Pain Questionnaire o la medición de severidad de la Canadian Cardiovascular Society, entre otras (véase Wenger and Furberg, 1990). Tienen el problema de que muchos aspectos de interés, aun en el mismo grupo de pacientes, varían en su importancia según el momento evolutivo o la gravedad de la condición y pueden ser diversos para el especialista y para el paciente. Por otra parte, las medidas más globales suelen ignorar aspectos relevantes de las dolencias específicas y los modos particulares de adaptación que exige cada una. En la evaluación de la satisfacción vital es menester considerar los valores culturales, las expectativas y la condición general de las personas (véase Wenger and Furberg, 1990), en otras palabras, su *ethos.* Ya hemos indicado que el análisis de las intervenciones quirúrgicas en enfermedades cardiovasculares revela que su impacto benéfico es desigual en las

diversas áreas en que puede descomponerse el complejo "satisfacción vital" o "calidad de vida" (Raczynski and Oberman, 1990).

Un punto frecuentemente reiterado en las discusiones críticas se refiere a que existe una relativa negligencia con respecto a estimular la investigación de formas de prevención, diagnóstico y tratamiento que no contemplen la sofisticación tecnológica (e.g. Bates, 1990). Aunque evidentemente la aseveración puede objetarse según el contexto, la realidad es que la dinámica del progreso técnico y el basamento teórico de la biomedicina la hacen verosímil. Como hemos observado en otro lugar, el progreso de la biomedicina, al incorporar las ciencias del comportamiento y las humanidades (bajo la forma de bioética) se ha hecho *multiaxial,* pero no todavía *multidimensional* (Lolas, 1990a). Es precisamente a través de estimular la discusión ética *ante* s de que aparezcan las complicaciones de la hipertecnología que esta multidimensionalidad, y con ella la equidad, la justicia y el respeto, pueden ser alcanzados (Lolas, 1988a). El examen comparativo de distintas alternativas diagnósticas y terapéuticas debe considerar no sólo la argumentación técnica sobre la materia, pues ella no es "neutra" ni "objetiva" ni "universal", sino también el trasfondo ideológico, los discursos de los distintos actores sociales y las finalidades últimas del cuidado de la salud, que no consisten sólo en la *restitutio ad integrum* sino también en la *restitutio ad integritatem.* No sólo la salud recuperada del cuerpo físico (tridimensional) sino el bienestar de la trama social y la inserción de las personas en ella (multidimensional) deben ser legítimo tema de una ética activa y de una investigación que privilegie lo que ocurre "entre" los discursos que componen la dinámica salud-enfermedad.

ÉTICA ACTIVA Y NO REACTIVA

Incluso la técnica no médica hoy reconoce que ya no existen problemas cuya formulación y solución sean puramente "técnicas". Tales problemas no proceden de la ciencia ni de la técnica sino de la humanidad contenida, agraviada, lesionada o mejorada en ellas.

El tema del medio ambiente, el de los riesgos de la salud por la vida moderna, el de la hipertecnificación, se han formulado como problemas e intentado resolverlos mediante más racionalidad tecnocrática. Pero son problemáticos justamente por no ser puramente técnicos. Se necesita por ende una *ética activa y no reactiva,* que anticipe

totalidades significativas y no espere responder desafíos. El diálogo transdisciplinar tiene sentido en la medida que desenmascare como ideología algunos de nuestros más caros dogmas técnicos (Mayer, 1990). La tesis de las dos culturas de Sir Charles Percy Snow debe ser reexaminada a la luz de sus inevitables imbricaciones, no siempre conscientes (Leber, 1990). En la medicina significa no sólo integrar las humanidades y las ciencias del significado, sino también la dimensión de calidad de vida, esto es, la postura de los usuarios o pacientes, de la sociedad en general, que no genera las técnicas sino sólo las usa, las goza o las padece. Puede sugerirse que una más atenta consideración al "significado" de las medidas técnicas y de su rol o posición en la totalidad de la vida es fundamental desde el punto de vista ético, vinculado al comportamiento de las personas.

COMENTARIOS FINALES

La utilización de tecnologías avanzadas es consubstancial a la práctica de la biomedicina, tanto por su desarrollo histórico y conceptual como por la influencia de factores no técnicos en sentido médico.

El desarrollo de estas tecnologías, en el caso de la enfermedad coronaria como en otros, ha estado basado en los desafíos internos del *establishment* biomédico y responde a sus exigencias de *precisión, legitimación y factibilidad.* El límite ético está dado por la diferencia entre lo posible y lo humanamente deseable, que en la práctica se expresa como *medidas de rutina y medidas extraordinarias.* Sólo las primeras obligan a todos los médicos y a los sistemas de salud y el dilema se plantea porque cada vez más los expertos declaran algunos procedimientos excepcionales como rutinarios, con lo cual su acceso debería ser irrestricto.

Tanto los diagnósticos como las intervenciones quirúrgicas más costosas en cardiología no están disponibles para la población en general. Su administración se basa en principios de lógica pecuniaria y rentabilidad, y hasta la misma profesión médica, que propició su desarrollo, está siendo progresivamente desplazada de su control. Es probable que ello afecte de maneras no bien precisables decisiones aparentemente técnicas, tales como la indicación en casos de riesgo, su repetición y aun la sobreindicación. Indicaciones de la influencia de factores extratécnicos sobre estas decisiones proceden de comparar la frecuencia con que son empleadas tecnologías de frontera en países de similar desarrollo o las prácticas diagnósticas de grupos profesionales.

Frente a estos aspectos, especialmente en las poblaciones mayoritarias de Latinoamérica, el tema de la investigación biomédica de frontera y su necesaria implementación ética no parece tener la misma urgencia. Tal investigación, con ser limitada, es además practicada simulando algunas de las prácticas establecidas en comunidades alfabetizadas y desarrolladas, lo que no asegura que sus connotaciones y eficacia sean las mismas, o bien descuidando en lo absoluto consideraciones de este orden. Al propiciar una bioética *activa y no reactiva,* se trata de proponer que cualquier esfuerzo "teórico" -en el sentido de examinar la racionalidad biomédica multidimensionalmente, en sus contextos cultural y social y respetando el "ethos" de las personas a las que sirve- sería un esfuerzo en verdad muy "práctico". Él puede empezarse *reforzando la enseñanza de las ciencias del comportamiento en los estudios médicos de pre y postgrado, desarrollando opciones críticas a la aceptación automática de los dogmas biomédicos y estudiando el "significado" de las acciones de salud en la interfase entre personas dolientes, sistema experto y sociedad en general.* En todo caso, este esfuerzo debe desarrollarse conjuntamente con el perfeccionamiento y rutinización de nuevas tecnologías y no esperar a que éstas produzcan consecuencias y problemas. Con las restricciones cada vez más desarrolladas en todo el mundo para la experimentación biomédica, Latinoamérica ofrece el riesgo de convertirse en un campo de pruebas para la industria internacional. No sólo es ello así en el terreno farmacéutico sino también en industrias electrónicas y de instrumental.

La legislación debiera considerar esta peculiar situación en que se encuentra la investigación biomédica en los países de la región. Por una parte, los investigadores son formados siguiendo modelos éticos de economías diferentes y orientan sus pesquisas en base a recompensas habituales en ellas (prestigio, dinero, poder). Por otra, están deseosos de competir con núcleos científicos internacionales, colaborando con ellos, y aceptan cualquier forma de financiamiento, ya que en sus lugares de trabajo éste suele ser magro. Las lealtades invisibles que así se crean hacia formas de cientificidad que bien pueden no ser genuinamente beneficiosas para las poblaciones locales son difíciles de estimar, como lo son las formas soterradas de dependencia intelectual y económica. El análisis desapasionado de estos y otros puntos debe utilizar herramientas heurísticas que favorezcan la crítica sin caer en estridentes chauvinismos o defensa irrestricta de todo lo tradicional o folk. Entre tales

herramientas, las que brindan las ciencias sociales y del comportamiento -las "nuevas humanidades"- más la introducción de las humanidades bajo la forma de bioética en el discurso médico son especialmente valiosas. La biomedicina, *considerada como sistema cultural* se hace así susceptible de crítica y examen, deja de representar la verdad única y universal y abre la posibilidad de alternativas. La ética de la investigación sólo puede ser desarrollada en forma significativa si a las medidas formales -legislativas o administrativas- se aúnan medidas intraprofesionales -de enseñanza y etiqueta- que realmente conviertan a la "eticidad" en una realidad operante en el cuidado y promoción de la salud.

REFERENCIAS

AGICH, G.J. Clinical ethics: a role theoretic look. *Soc. Sci. Med.* 30: 389 -399, 1990.
BATES, M.S. A critical perspective on coronary artery disease and coronary bypass surgery. *Soc. Sci. Med.* 30: 249-260, 1990.
BENSON, P.R. The social control of human biomedical research: an overview and review of the literature. *Soc. SC;. Med.* 29: 1-12, 1989.
CAPLAN, A. Ethical engineers need not apply: the state of applied ethics today. *Science, Technology and Human Values.* Special Issue (33): 24-32, Fall 1980.
CAPLAN, R.L. The commodification of American health careo *Soc. Sci. Med.* 28: 1139-1148, 1989.
DALY, J.; WILLIS, E. Technological innovation and the labour process in health care *Soc. Sci. Med.* 28: 1149-1157, 1989.
GISH, O. Sorne links between successful implementation of primary health care interventions and the overall utilization of health services. *Soc. Sci. Med.* 30: 401-405, 1990.
GOLDMAN, L.; HASHIMOTO, B.; COOK, E.; *et al.* Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: Advantages of a new Specific Activity Scale. *C;rculation.* 64: 1227-1234, 1981.
HENRY, J. *La cultura contra el hombre.* México: Siglo XXI, 1967.
HILL, J.C.; HAMPTON, J.R.; MITCHELL, J.R.A. A randomized trial of home versus hospital management for patients with suspected myocardial infarction. *Lancet.* i: 837-841,1978.
ILLHARDT, F.J. *Medizinische Ethik.* Heidelberg: Springer Verlag, 1985.
LEBER, M. Zwei Kulturen- das ist geradezu lebensgefährlich. *Deutsche Universitätszeitung.* (4): 25-27; 1990 Feb. 19.
LOLAS, F. *Mehrdimensionale Medizin.* Bochurn: Zentrum für medizinische Ethik der Universität Bochum; 1988a.
LOLAS, F. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. *Salud Mental* (México). 11: 19-24; 1988b.
LOLAS, F. Sanar y curar. *Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat.* 34: 195-196; 1988c.
LOLAS, F. Communication of emotional meaning, alexithymia, and somotaform disorders: A proposal for a diagnostic axis. [en prensa). *Psychother. Psychosom.,* 1990a.

LOLAS, F. La medicina como ciencia de acciones. Consecuencias para la psiquiatría. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiat.* 18: 29-33; 1 990b.
MAYER, E. Ein Experirnent steht mitten in der Bewahrung. *Deutsche Universitiitszeitung.*(4): 20-22; 1990 Feb. 19.
PAYER, L. How medical practice reflects national culture. *The Sciences. 30* (4) (July/August): 38-42, 1990.
President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Securing acces to health care: the ethical implications of differences in the availability of health services. Washington, O.C.: U.S. Government Printing Office; 1983. Stock N° 0-401-553-QL.
RACZYNSKI, J.M.; OBERMAN, A. Cardiovascular surgery patients. In: Spilker, B., editor. *Quality oi Lije Assessments in Clinical Trials.* New York: Raven Press, 1990: 295-322.
SCHEPER-HUGHES, N. Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social Science and Medicine.* 30: 189-197, 1990.
SCHIPPER, H.; CUNCH, J.; POWELL, V. Definitions and conceptual issues. In: Spilker, B., editor. *Quality of Lije Assessments in Clinical Trials.* New York: Raven Press, 1990: 11-24.
SERRANO LA VERTU, D.; LINARES, A.M. Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 108: 489-499,1990.
VILARDELL, F. Problemas éticos de la tecnología médica. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 108: 399-405, 1990.
WAITZKIN, H. The Second Sickness: *Contradictions of capitalist health care* New York: The Free Press, 1983.
WENGER, N.K.; FURBERG, C.D. Cardiovascular disorders. In: Spilker, B., editor. *Quality of Life Assessments in Clinical Trials.* New York: Raven Press, 1990: 335-345.
WOOLHANDLER, S.; HIMMELSTEIN, O.U. Ideology in medical science: class in the clinic. *Soc. Sci. Med.* 28: 1205-1209, 1989.

LAS METÁFORAS DE LA RAZÓN MÉDICA

El concepto de *razón médica* define el estatuto de la medicina como teoría, técnica y praxis: un saber qué, un saber cómo y un deber ser.

Esta pluralidad de la medicina dificulta estudiar su permanencia y sus cambios y discernir progresos y retrocesos. Esta tarea es hoy día tanto más necesaria cuanto que la técnica es regida por el principio de la posibilidad ("debe hacerse todo aquello que es posible"), empieza a ser atemperada por el principio de la legitimidad ("no todo lo que es posible es legítimo"). Asistimos a una secular confluencia entre dos órdenes de saberes, el de las ciencias que el siglo XIX llamó positivas (por tratar con existentes) y el de las humanidades, las ciencias valorativas.

Su encuentro, ejemplarmente, se produce en aquellas técnicas científicas que son como los híbridos de la cultura. En la medicina, en particular, que no es puro saber mas tampoco puro hacer. Que es, como escribe Laín Entralgo, "saber-hacer".

¿ES LA MEDICINA UNA CIENCIA DE OBJETOS?

Nuestros cánones de cientificidad nos han habituado a pensar que están bien definidos aquellos saberes de los que conocemos su objeto.

Las ciencias --esos inventos de los pensadores decimonónicos- reciben sus denominaciones de aquello que abordan. Geología, la ciencia de la tierra. Sociología, la ciencia de la sociedad. Biología, la ciencia de la vida. Y así interminablemente. Es evidente que la estructura de las ciencias es un resultado histórico. Los temas de la biología de hoy ya no recuerdan a Lamarck. El alcance del término psicología se amplía o restringe al tenor del proceso histórico de su invención. Nadie está seguro, en las zonas limítrofes, de no haber invadido los reductos de otros científicos.

Al trasladar esta forma de pensamiento a la medicina surgen insuperables dificultades. Por ser la fisiología del novecientos, su influencia formativa más importante hasta hace unas décadas, querían algunos limitar la medicina a aquellos saberes y técnicas que refieren al cuerpo como mecanismo. Por tratarse de las deficiencias de este mecanismo, el objeto podría haber sido el conjunto de sus alteraciones. O la enfermedad, entendida como un espacio tridimensional y geométrico que se altera o corrompe.

Considerada en esta forma, la historia reciente de la medicina se dejaría reducir a tres puntos céntricos de interés o focos de reflexión: el

espacio, susceptible de la mirada; el *tiempo,* conquistado por la fisiología convirtiéndolo a espacio gráfico; y la *persona,* que entró a la medicina con la escucha, que reconstruye en el interlocutor la biografía vivida.

Esta última mutación es para nosotros importante, porque al inaugurarse la Edad de la Persona se redefinió la medicina como una ciencia del hombre y la aspiración antropológica, presente en todo arte médico, se hizo legítima. Todos los movimientos "psicosomáticos", "holísticos" o "biopsicosociales", son deudores de este cambio de óptica, bien que con medios y argumentos distintos. En la década del treinta volvieron a emplearse términos tales como "totalidad psicofísica del hombre","medicina humana" y otros, reveladores de esta intención abarcadora, totalizadora y comprensiva. Los programas de enseñanza de las escuelas de medicina recibieron el impacto de las "nuevas humanidades" -psicología, sociología y otras-, tímidamente primero, con exagerado entusiasmo después. La noción de "equipo multidisciplinario" cobró inédito vigor. El "nuevo hombre" fue la metáfora predilecta. Tal vez, al cabo de estos años, la decepción deba expresarse de alguna manera. La esperada humanización de la medicina es retórica y no esencial. La tecnocracia plantea sus problemas y los resuelve en sus términos, declarándose satisfecha por los logros -que son impresionantes- o la detallada y precisa indagación hacia lo molecular ofrece la perspectiva de un paradigma unificador.

Sin necesidad de hacerse eco de las lamentaciones jeremíacas que fueron de estilo entre los profetas de la crisis en la medicina científico-natural, es menester reconocer dos hechos:

a) La medicalización de la vida no ha significado mejor vida para todos;

b) hay algunas áreas ciegas que la medicina contemporánea tal vez debiera iluminar, pero no puede hacerlo por su modo de definirse. A ello hay que agregar un tercero, incontrovertible: el "homo patients" se ha rebelado, y ahora exige que sus médicos no sólo "administren" la enfermedad; quiere ser ilustrado. Además, otros profesionales han invadido el tradicional espacio ocupacional de los médicos, desafiando su competencia en algunas áreas y deseando compartir los recursos y las recompensas.

PRAXIOLOGÍA O CIENCIA DE ACCIONES

Estos desarrollos hacen necesario replantear el estatuto de la medicina. Todos ellos podrían interpretarse como ilustrando y siendo

consecuencia de la postura de concebir que la medicina es una ciencia de objetos, o un conjunto de ellas.

Los objetos de las ciencias de objetos son tales por aceptar una pluralidad de miradas y puntos de vista. Conteniendo todos los puntos de vista, no son reducibles a ninguno. Las ciencias de acciones -o praxiologías-, en cambio, se definen por la praxis, que es un modo de relación, una forma de hacer. Las acciones están en el polo subjetivo de la realidad y siempre contienen punto de vista e intención.

Reconocer explícitamente esto es el avance. También en las definiciones de objetos entran los puntos de vista y los contextos de las intenciones, sólo que soterradamente. Por eso, con negativos efectos. Hacerlos explícitos constituye un avance. Así se evitará la confusión que surge de creer que cuando un psicólogo hoy dice enfermedad, quiere decir lo mismo que un patólogo. O que cuando decimos cerebro, nos entendemos. Cada objeto es definido por quienes lo abordan desde una peculiar perspectiva, a menudo señalada por intereses profesionales, y el acuerdo es sólo aparente, cuando lo hay, o mera yuxtaposición de puntos de vista, cuando no es posible. Nuestra pretendida interdisciplinaridad y trabajo en equipo se reducen frecuentemente a lo último, con la consiguiente sorda y continua lucha por el poder.

DEL ESPACIO TRIDIMENSIONAL AL MULTIDIMENSIONAL

La tarea a realizar es -o será- el producto de una pupila teórica. Su objetivo es explorar la cientificidad praxiológica de la medicina. Esto es, el valor definitorio no debiera descansar sobre presuntos objetos de estudio sino sobre praxis-acciones.

Es en el *modo* del hacer más que en el hacer mismo -o en el producto conseguido- que debiéramos buscar el carácter definitorio de la medicina. Y así buscando, se nos aparece como provisoria determinación: la medicina es praxis comunicativa.

Esto significa que el espacio conquistado por la medicina va más allá del espacio tridimensional del cuerpo físico. Nos encontramos ahora en el espacio multidimensional de lo personal y social.

No necesitamos abandonar la corporalidad, entrar a enrarecidas disputas sobre el alma y el cuerpo, o descartar el dualismo práctico que tan grandes servicios presta a nuestros esquemas de acción. Necesitamos sólo aceptar que esta corporalidad puede ser reformulada, y que esta

reformulación incluye, sencillamente, legitimar, haciendo explícitas, dimensiones que siempre han estado ante nosotros. Tal es la primera tarea. Erraríamos si pensáramos que existe un solo cuerpo. El cuerpo mecánico -aquello que en alemán se llama *Köper-* es un aspecto que deriva de una teoría. Una teoría es un cuadro ofrecido por la aplicación de una determinada racionalidad metódica.

Junto al cuerpo mecánico existe además el cuerpo como campo de intencionalidades, el cuerpo vivido y viviente, al que los alemanes dan el nombre de *Leib.*

Gabriel Marcel se refería a estos dos cuerpos diciendo que uno se tenía y el otro se era. Esta distancia -o tensión- entre los modos de vincularse o vivenciar lo corporal, funda la distinción occidental entre cuerpo y mente.

Existe, sin embargo, un tercer cuerpo, que es el cuerpo presentado o representado. Tiene propiedades semióticas por derecho propio, por ser objeto para otros, que en él ven y a él proyectan sus deseos e intenciones. Es el cuerpo retórico, o dialéctico, o social. El cuerpo político también, sobre el que se ejercen los dicterios de la ley y las normas de la justicia. Cuando Foucault habla del cuerpo torturado, no se refiere al cuerpo mecánico, en el que discurren procesos investigables por la física y la fisiología. Tampoco al cuerpo subjetivo, que se siente y se expresa como herramienta de intencionalidad. Se refiere al cuerpo simbólico, al cuerpo de los dramas y de la sociedad. El que, más allá de los procesos fisiológicos y las intenciones, puede ser aprehendido por otros, entendido simbólicamente.

La medicina ha heredado estos cuerpos, pero sigue pensando que sólo el primero es existente y legítimo. Es más, pensamos que el cuadro del cuerpo fisiológico representa la verdad atemporal y eterna, sin reconocer que es, como todos los productos de la ciencia, una construcción social.

La *unidad procedural* de la medicina, como ciencia de acciones, debe fundarse en un discurso -y una mirada- que pueda ser neutral y extenderse a las tres corporalidades. Así como hay tres cuerpos, hay también tres modos de minoración o achaque, a los que designamos como *illness. disease* y *sickness.* El uso de los términos ingleses es sólo por ahora una conveniente excusa para "tecnificar" estos conceptos, desgraciadamente tan cerca del lenguaje común que muchos creen que no guardan misterios.

Illness se refiere a *sentirse enfermo. disease* a *tener una enfermedad* y *sickness* a *ser considerado enfermo.*

Estos conceptos no deben ser tratados como cosas, u objetos. Son más bien dimensiones del análisis, *modos* de presentarse el cuerpo en su limitación.

Obsérvese que el acento se pone en el *modo de construir* el cuerpo y sus estados de minoración. Este modo de construir depende de una perspectiva, de un observador específico. El observador del cuerpo vivido y de la dolencia sentida, es distinto del que observa el cuerpo científico y la enfermedad con *locus* definible *(disease)* o del que toma en cuenta el cuerpo simbólico y la enfermedad representada *(sickness).* Esta relatividad se retrotrae a un principio de toda percepción científica: la realidad es producto de la percepción y no su causa.

Estas distinciones se extienden también al campo de la terapéutica. Existe diferencia entre curar y sanar *(curing* and *healing),* a tenor del cuerpo que es objeto de terapéutica. Como es posible mostrar, nuestros sistemas de salud están llenos de "sedicentes sanos" y "sedicentes enfermos". Algunos han sido curados por una cirugía eficaz o una droga bien indicada, pero no se sienten sanos. Y en la dimensión social existen casos en los que la curación, aparente o real, de un individuo, no va acompañada de una reinserción real de la vida comunitaria. Curar, sanar, restituir. Están allí las acciones técnicas, personales y rituales que juntas condicionan el proceso -que no estado- de bien-estar.

FUNCIÓN DE LA TEORÍA EN MEDICINA

Una auténtica medicina teórica tiene dos funciones: heurística y constructiva, por un lado, poniendo a punto herramientas conceptuales para adquirir y depurar conocimientos válidos; crítica, por otro, poniendo al descubierto las inercias del hábito disfrazado como sentido común. Es la ausencia deliberada de una vertiente humanística en la formación de nuestros médicos la que, paradójicamente, podría hacerlos inmunes a la crítica, inconscientes ejecutores de una artesanía limitada nunca discutida y nunca examinada, orgullosos defensores de una cientificidad rígida, a veces a medias comprendida. La somatología, que constituye la base de la medicina antaño llamada científica, es un producto histórico, un artilugio teórico que en calidad de *tabula rasa* debía entrar en las ecuaciones de la ciencia a condición de lo que Hartmut Böhme llama una *de-semiotización:* la pérdida del carácter simbólico del cuerpo. Tal vez la nueva teoría médica tenga la función -inmensamente práctica- de *re-semiotizar* los distintos cuerpos del hombre.

REFERENCIAS

1. MAINETTI, J.A. *La crisis de la razón médica.* Editorial Quirón. La Plata, 1988.
2. LAÍN ENTRALGO, P. *Historia de la medicina.* Salvat, Barcelona, 1978.
3. LOLAS, F. *Notas al margen. Ensayos.* Cuatro Vientos, Santiago, 1985.
4. LOLAS, F. Sobre la dimensión antropológica de la fisiología. En: Lolas, F., Vargas, L. (Editores). *Fundamento fisiológico de/a medicina.* Ediciones de la Universidad Católica. Santiago, 1986.
5. FOUCAULT, M. *Discipline and punish.* Penguin Peregrine. Harmondsworth, 1979.
6. LOLAS, F. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. *Salud Mental* (México), 1988.
7. LOLAS, F. Sanar y curar (Editorial). *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.* (Buenos Aires) 34: 195-196, 1988.
8. LOLAS, F. Patología teórica y antropologia médica. *Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat.* (Buenos Aires) 34: 41-46, 1988.
9. BÖHME, H. *Natur und Subjekt.* Suhrkamp, Frankfurt, 1988.

PATOLOGÍA TEÓRICA Y ANTROPOLOGÍA MÉDICA

RESUMEN

Se presenta el concepto de *patología teórica,* en la forma desarrollada en años recientes por diversos autores alemanes. Con él se alude a la fundamentación conceptual de la medicina, necesaria para desarrollar una metateoría que unifique las teorizaciones parciales. En la patología teórica se reconoce una vertiente histórica y una antropológica, que confluyen en sus lineamientos fundamentales. La reflexión en este ámbito disciplinario debe proporcionar bases para un programa de estudios sobre los fundamentos de la medicina y con ella de la psiquiatría.

PATOLOGÍA TEÓRICA Y METATEORÍA MÉDICA

De acuerdo a Hucklenbroich (1984)4 el concepto de patología teórica fue introducido por K.E. Rothschuh en su libro *Theorie des Organismus,* publicado en 1959.12 En él, esta disciplina está caracterizada como aquella parte de una teoría sobre organismos y mentes humanos dirigida a hacer teóricamente comprensibles los "fenómenos de trastorno de la physis y la psiquis, su colapso y su reorganización y recuperación". De este modo, la patología teórica intenta formular los fundamentos conceptuales de una teoría médica de la enfermedad. Como una disciplina intelectual o teórica, entra a formar parte de una familia de estudios que podrían englobarse bajo el término Teoría Médica.

Independientemente de Rothschuh, el concepto fue reintroducido por Doerr y Schipperges en un libro titulado *Was ist Theoretische Pathologie? (¿Qué es Patología Teórica?),* de 19733. En esa y en una serie ulterior de publicaciones, la patología teórica no es una disciplina morfológica sino lógica, que llama en su auxilio a la hermenéutica y a otras disciplinas, y cuya finalidad es la clarificación de los conceptos, la formulación de preguntas en la dimensión antropológica y la atención a problemas históricos. Schipperges presenta la patología teórica como una disciplina sinóptica y sintética, uniendo el análisis histórico con los fundamentos epistemológicos, la filosofía de la enfermedad, los

resultados y métodos de la morfología y la fisiología. En 1980, este autor describe así la función de la Patología Teórica: ... tendrá que prestar atención a los fundamentos espistemológicos de la medicina como una ejemplar ciencia de acciones, donde las tareas primordiales serán:
1) un esquema sobre el lugar de la medicina como fisiología, patología y terapéutica en la historia del pensamiento;
2) clarificación y preparación de los instrumentos hermenéuticos del pensamiento y el conocimiento médico;
3) iluminación de las relaciones necesarias y posibles a la lógica matemática como la base de toda ciencia exacta;
4) ligazón específica a las bases científicas de la medicina como conocimiento y técnica de curar".

Con escasas diferencias estas caracterizaciones de la patología teórica la sitúan en el contexto más amplio de una medicina teórica, poniendo a punto herramientas y métodos para su fundamentación epistemológica.

En un artículo de 1985 (Christian y Lolas, 1985), definimos patología teórica como el fundamento conceptual de la medicina. Asignamos a tal disciplina el carácter de programa permanente de investigación que tiene por misión plantear preguntas generales sobre la relación entre la medicina y otras disciplinas, situar en su contexto histórico e ideológico los distintos modelos de medicina, sean ellos societarios o académicos, explorar las condiciones de posibilidad para una integración entre ellos y buscar una fundamentación adecuada para los intentos de superar o integrar los lenguajes parcelares utilizados por diversos especialistas. En suma, asignamos a la patología teórica la función de buscar las bases y explorar las posibilidades de una metateoría médica.

Lo histórico y lo antropológico son las bases de la patología teórica. Tres momentos distingue Laín Entralgo en la estructura histórica de la medicina: el transeúnte, el progrediente y el invariante5. Caracteriza al primero la obsolescencia y la preterición del olvido y la ignorancia, o bien la pasajera identidad que pronto queda absorbida por la acumulación de hechos, sucesos, personas.

Al segundo momento le es característica la mutua referencia de cada saber y cada hacer a todo otro saber y hacer, esto es, la interpelación inter o transdisciplinar y, por cierto, la constitución de un ámbito de discurso que va cambiando en su contorno y en su contenido a tenor de la circunstancia histórica. El tercer momento, el invariante, hállase definido por la estructura inmutable, metahistórica, de lo que es la medicina en Occidente.

Es este último momento el que indaga la "patología teórica". Este término despierta la idea de que se trata de un ocioso ejercicio especulativo sin ninguna, o muy poca, importancia práctica. Lleva a confusiones, toda vez que la tradición anglosajona nos ha habituado a tomar como patología el estudio de las lesiones orgánicas. Si bien estas razones aconsejarían su modificación o su abandono, mantendremos el término, intentando una cierta consistencia en su uso. Laín Entralgo señala los dos posibles basamentos de esta disciplina: histórico, uno, y antropológico el otro. Toda actividad humana es constitutivamente historia. En cada palabra y en cada acto hay sedimentos de significaciones que es menester descubrir para traer una y otro a pleno esclarecimiento y efectividad. La eficacia de las técnicas no está, hoy día, en que sean haceres, sino en que son saberes. Saber hacer, no hacer solo, ni tampoco sólo saber. El momento teorético que esconde todo acto (los rituales de lo cotidiano) le da una dimensión fundamentalmente humana, y cuando decimos humana no podemos disociar esta expresión de una permanente referencia a lo histórico. Ortega y Gasset decía, tal vez con más intuición, que el hombre no tiene naturaleza, que tiene historia.

Es así que la patología teórica, como toda otra disciplina fundacional y también fundamental, tiene una vertebración, que es historia, y debe ser entendida y estudiada como un sucesivo ocuparse de preguntas que, si bien son perennes en tanto que preguntas, no tienen sino respuestas parcelares, transitorias e incompletas.

Mas la segunda dimensión de la patología teórica, prefigurada en la primera, es la antropológica. El término antropología tiene también múltiples connotaciones y encontrados sentidos.

Aquí le entendemos como una aspiración: la de articular los diversos saberes, actitudes y quehaceres que se hallan implícita o explícitamente vinculados a la medicina en un armazón conceptual, en una visión de conjunto. A ello alude el vocablo teoría. A visión. Una visión es un cuadro del conjunto construido a partir de algunos de sus elementos. Permite ver lo aún no visto, asignarle lugar, jerarquía y eficacia al descubrimiento futuro, a la noción olvidada, a lo que ya se dejó de decir. Nada hay, suele decirse, más práctico que una buena teoría. Una buena teoría es aquella que puede ser traducida a numerosos lenguajes y formalizada de modos diversos. Que puede ser puesta en términos matemáticos y también explicarse apelando sólo a la intuición. Cuya legitimidad deriva de su poder y cuyo poder se prueba a cada instante. "Ver para prever, y prever para proveer". No creo haya

necesidad de defender más el conocimiento teórico.

De este modo, la patología teórica es historia y tendencia antropológica. Debe dar cuenta, englobándolos y superándolos, de los momentos transeúnte y progrediente de que habla Laín y orientar hacia la consecución de una eficacia en la acción y en la teoría, que nos permitan entender que puede haber distintos tipos de salud, distintos tipos de enfermedad, distintas concepciones, diferentes fundamentos. La patología teórica debe enlazar a la medicina con otras manifestaciones de la cultura, historiar esa relación, traer a luz y examinar sus frutos, develar las obligaciones y los derechos. Fundar en suma la posibilidad de una renovación de sí misma que la medicina siempre ha tenido, pero no siempre en forma consciente. Y esto, porque la planetización del saber y sus efectos, no permite poner como meta hoy tener más ciencia y más medicina sino tener mejor ciencia y mejor medicina. Bajo ambas debemos entender ciencia y medicina más humana, más hechas a la medida del hombre y sus necesidades.

Este intento, es verdad, podría ser -y ha sido –abordado desde la religión y desde la filosofía. Pero es perfectamente comprensible que allí donde éstas tocan el núcleó mismo de la técnica sean incapaces de convocar suficiente atención o generar sentimiento de respeto. Y es porque esta disciplina –la patología teórica- debe nacer de dentro de la medicina, ser una metamedicina; no una ética agregada, no una filosofía añadida. Dar a la medicina aquello de que ha carecido: una teoría propia.

ANTROPOLOGÍA MÉDICA: SENTIDO y ALCANCES.

Nuestra tesis es que la patología teórica sólo puede constituirse sobre la base de una antropología médica. Deseamos por ello investigar las relaciones entre antropología médica y patología teórica y proponer dimensiones a lo largo de las cuales puede verificarse una aproximación. Christian (1969)1 destaca que en la medicina existen diversas formas de interpretación y experiencia:

a) La experiencia inductiva y discursiva de lo mórbido a través de objetivar, explicar y dominar, en el sentido que tales términos tienen en

las ciencias naturales.

b) La captación del ser psíquico anormal o mórbido y de las relaciones psicológicas en la evidencia de la comprensión.

c) La interpretación fenomenológica del estar enfermo en el agotamiento metódico de los contenidos fenoménicos.

d) La comprensión esencial fenomenológico-antropológica de la anormalidad psíquica y de la enfermedad mental.

La región científica en que se mueve la antropología médica es la del hombre enfermo, siendo su objetivo lo "humano" en su peculiaridad y en su amplitud, buscando las formas de integrar el conocimiento así adquirido a las funciones de diagnóstico y terapéutica.

La antropología médica sólo puede basarse en el reconocimiento de que lo humano no es un producto sino un principio productivo, por el cual el mundo es mundo, el hombre tiene una "postura" frente a él, Y contribuye decisivamente a gestarlo y a gestarse en la acción. "Création de soi par soi", según Bergson, el hombre es creador también de la realidad que le rodea. El acto neutral por el cual existen hombre y mundo es, justamente por ser acto, transitividad pura: comportamiento, una realidad por la cual emerge, dialécticamente, un polo subjetivo y un polo objetivo. O, si se prefiere, un polo espiritual y un polo material.

Debe observarse que el término antropología médica tiene variadas significaciones. Esta diversidad se explica históricamente. Las tendencias positivistas del siglo XIX estrecharon el marco de lo que habían sido la antropología biológica y filosófica de los siglos precedentes. La fuerza institucionalizadora del positivismo -que permitió la invención y el establecimiento de las disciplinas científicas- llevó a recortar un campo propio, que se liga al estudio de las bases biológicas generales, a la descripción sistemática y al estudio de las diferencias del organismo humano, como ente biológico entre otros. Esto encuentra también expresión en el uso de la palabra antropología médica en Estados Unidos y en Inglaterra donde sus límites se confunden con los de la etnología y contrae intensas relaciones con las ciencias sociales, en la medida que su finalidad sea el estudio transcultural y de diferencias. Cuando tal estudio se concentra en similitudes y principios biológicos de orden general, válidos en hombres y animales, tal antropología se convierte en un acápite de la socio-biología, cuyo celo interpretativo ha invadido territorios originalmente reservados a otros especialistas (cf. Lolas, 1986.

La justificación de usar el término antropología en un sentido distinto y más amplio, retoma su significación originaria en la época

humanística, en que el programa consistía en la descripción, comprensión y sistematización de todo lo concerniente al hombre. "Doctrina geminae naturae humanae", se decía entonces: una doctrina de la doble naturaleza corporal-espiritual del hombre. Con tal connotación, el término se mantuvo hasta el siglo XVIII, y, tras avatares varios, vuelve a encontrar resonancia en el terreno filosófico.

Es en tal sentido amplio que usamos aquí el término antropología. Sin innecesarias connotaciones esotéricas ni místicas, sino simplemente como una herramienta de poder heurístico, que nos permite acceder a la síntesis científica del conocimiento sobre el hombre que pudiera ser de utilidad en medicina. Cuando digo utilidad quiero significar básicamente la reconstrucción metódica de los principios de subjetividad y significación, que son los dos desterrados del cuadro del mundo (Weltbild) mecanizado que hemos terminado por aceptar en forma hegemónica.

ANTROPOLOGÍA ABIERTA Y ANTROPOLOGÍA CERRADA

Hemos observado que las antropologías médicas pueden ser cerradas o abiertas (Lolas, 1984). Llamamos cerrada a una antropología cuando cree tratar con un objeto cuyos límites son precisamente conocidos. Es el modo de proceder "cartográfico" que supone que el fin de la ciencia es "levantar un mapa" de un territorio cuya extensión y cualidades no constituyen motivo de preocupación. El "objeto material" está ahí, necesita ser sólo abordado mediante un método razonable.

Una antropología abierta, en cambio, es programática en su fundamento último. No está cerrada ni excluye ningún aspecto o forma de abordar aspectos del hombre. Es obvio que cuando pluralizamos el término y decimos antropologías queremos decir que son muchas. Y, más importante aún, que pueden ser de distinto jaez.

La distinción abierta-cerrada puede parecer trivial, pero es útil. Desde luego, supone relativizar el conocimiento que nosotros, socializados en una epistemología particular, privilegiamos, abandonar los chauvinismos de especialista y reconocer el punto de vista antagónico como complementario. Pero ello todavía es pura declaración de buenas intenciones. Más básico que todo es que nuestra antropología abierta lo sea desde su mismo comienzo. Esto significa que sea expresable en un

discurso neutral capaz de acomodar -traduciendo sin distorsionar- otras perspectivas y que, de producirse una adición novedosa o importante pueda ser reformulado sin pérdida apreciable de esta "potencia acomodaticia".

Una ciencia del hombre total, realizada por una persona armada de un solo método, es imposible. El pluralismo metódico necesario en una antropología abierta es también un pluralismo de observadores.

Recalquemos que las disciplinas científicas son instrumentos para inventar realidades. Las antropologías no son ninguna excepción. Su tarea es generar "modelos de hombre", cuya principal virtud es ser útiles y cuya única prueba de validez puede encontrarse en la praxis.

Patología teórica y modelos médicos. El modelo médico, como hoy le conocemos, está configurado por tres paradigmas (o, como dice Laín Entralgo, mentalidades): el anatomoclínico, el fisiopatológico y el etiopatológico. Todavía podrían agregarse otros: por ejemplo, el conductual y el molecular. Estas perspectivas reflejan el proceso histórico de la "invención" de la medicina como disciplina, y cada una absolutiza un aspecto parcial, que en un determinado momento se arroga la representación del conjunto.

Es tarea de la patología teórica -y de la antropología que le va aneja- proveer el marco integrador para que cada punto de vista reciba atención y jerarquía. De ella cabe esperar que proporcione intuiciones para contrastar conceptos de enfermedades, prácticas diagnósticas, implicaciones terapéuticas.

Se trata, por lo tanto, de un programa de pensamiento y de acción. No de un conjunto de respuestas, sino de marcos apropiados para plantear preguntas. El presentar sumariamente esta posible área de indagación no persigue más finalidad que insinuar sus aportaciones a la psiquiatría y a la medicina en general. Resta la tarea de concretarlas.

REFERENCIAS

1. CRISTIÁN, P. *Medizinische und philosophische Anthropologie.* In: Altmann, H.W. *et al.* (Eds.). Handbuch der allgemeinen pathologie, Berlin-New York, Springer Verlag, 1969, 1,232-278.
2. CHRISTIAN, P.; LOLAS, F. The Stress Concept as a Problem for a Theoretical Pathology. *Soc. Sci. Med.,* 1985,21,1363-1365.
3. DOERR, W. & SCHIPPERGES, H. *Was ist Theoretische Pathologie?* BerlinNew York, Springer Verlag, 1979.
4. HUCKLENBROICH, P. System and Disease: on the Fundamental Problem of Theoretical Pathology. *Theoretic Med.,* 1984,5, 307-323.
5. LAÍN ENTRALGO, P. *Historia de la medicina,* Barcelona: Salvat, 1978.
6. LOLAS, F. Behavior, Cognition, Emotion: a Note on the Psychosomatic Approach, In: Day, S.B. (Ed.) *Life Stress,* New York, Van Nostrand-Reinhold, 1982, pág. 78-82.
7. LOLAS, F. *La perspectiva psicosomática en medicina,* Santiago: Ed. Universitaria, 1984.
8. LOLAS, F. La psicofisiología como una ciencia básica de la psiquiatría, *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.,* 1984,30,184-192.
9. LOLAS, F. Sobre la dimensión antropológica de la fisiología. In: Lolas, F. & Vargas, L. (Eds.). *Fundamento fisiol6gico de la medicina,* Santiago: Ed. Universidad Católica, 1986, págs. 31-42.
10. LOLAS, F. El estudio psicofisiológico de la emoción. *SaludMental,* 1986,9, 9-13.
11. LOLAS, F. La integración entre ciencias biológicas y sociales: un rol para metateorías. *Anuario Soc. Chito Filosof. Jur.* y *Soc.* 1986,3,115-124.
12. ROTHSCHUCH, K.E. Theorie des Organismus, Berlin. Urban und Schwarzenberg, 1959.
13. SCHIPPERGES, H. Präliminarien einer Theoretischen Pathologie. In: Becker, V., Goerttler, K. & Jansen, H.H. (Eds.). *Konzepte der Theoretischen Pathologie,* Berlin-New York, Springer Verlag. 1980, págs. 9-18.

PERSPECTIVAS BIOPSICOSOCIALES SOBRE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

RESUMEN

Sentirse enfermo, estar enfermo y ser considerado enfermo son tres dimensiones que pueden intervenir en la cronicidad, a menudo con diferente connotación y alcance en cada caso. Dos características distinguen a las condiciones crónicas de las agudas, las triviales o las de amenaza vital: la permanencia en el tiempo y la globalidad en términos de las esferas vitales comprometidas.

Este artículo examina diversos conceptos relevantes para una discusión sobre la cronicidad, desde un punto de vista biopsicosocial: el rol de enfermo, el curso de la enfermedad, el rol de paciente y la conducta anómala por la enfermedad. La contribución relativa de los factores orgánicos (dependientes del sujeto) y los ambientales, se discute en el contexto de diferentes tradiciones de investigación que son complementarias.

INTRODUCCIÓN

Uno de los avances más significativos de la investigación en los últimos decenios consiste en haber legitimado la distinción entre sentirse enfermo, estar enfermo y ser considerado enfermo. Salud y enfermedad no son términos que puedan definirse estáticamente, como cosas. Todo intento en esta dirección termina siendo una declaración de valores o una formulación de ideología implícita. Salud y enfermedad no deben considerarse antípodas polares en un mundo de objetos. La salud, sobre todo, no debe ya concebirse como un precioso objeto de cristal que debe preservarse intacto. Es un proceso, una relación siempre en construcción y siempre destruyéndose en la permanente dialéctica de la cultura y de la vida, con la impronta del medio social en que se le concibe y acepta, y del individuo que la padece o de la teoría que la explica.

Existen, como en el caso de la belleza, muchas clases de salud. El estado de disminución que el sujeto percibe como amenazante, con limitaciones, dolor y sufrimiento, es una etapa del continuo entre el bienestar y el malestar. En la mayoría de las sociedades, el "crédito idiosincrático" de un individuo lo autoriza a declararse enfermo, en cierta forma, bajo determinadas reglas, con una definida periodicidad. Este

sentirse enfermo, cuando se sobrepasa un límite, que es variable de sociedad a sociedad, está ligado al miedo. Miedo del individuo que teme directamente por su vida o por la vida de los suyos, o miedo ante la incertidumbre del peligro indiferenciado. Este miedo lleva a delegar en otro la tarea de curar, no sólo porque éste realizará las acciones apropiadas, sino también porque está dotado del poder de dar sentido a la dolencia, organizarla y explicarla en tomo a un eje de significaciones coherentes. Una tarea del agente de salud, desde el chamán hasta el médico, es ordenar la percepción y la experiencia, y crear una realidad suprapersonal de conceptos, teorías y reglas para la acción. Este control del significado -que trasciende, como información organizada, al individuo doliente- confiere a los agentes de salud un poder, que la comunidad delega en ellos y que despierta respeto. Ello se asocia a un conjunto de obligaciones por parte de quienes detentan tal poder. Al papel de experto, en todas las esferas, pertenece no sólo un conocimiento sino también un comportamiento; las sociedades contemporáreas integran ambas nociones bajo el concepto de profesional. De entre los profesionales, aquellos que tratan con la salud y la enfermedad gozan de algunas prerrogativas, a veces aparentes, sólo cuando empieza el proceso de sentirse enfermo.

En español no tenemos un término adecuado para diferenciar estos dos estados: sentirse enfermo y estar enfermo. En inglés se dice illness y disease; en alemán, Kranksein y Krankheit. La enfermedad experimentada por el hombre común, asociada al miedo, a la incertidumbre y a sus características personales, tiene diferente connotación que la enfermedad definida y catalogada por el experto. Podría decirse que la primera existe sólo como estadio transitorio y reacción provisoria del sujeto en menoscabo, mientras que la segunda existe como realidad abstracta, creada por la teoría y es, como ella, modelo de muchas situaciones y estados, sin reflejar ninguno cabalmente.

Nunca está el hombre plenamente sano o plenamente enfermo. Se mueve en una zona gris, mensurable sólo en base a dimensiones de malestar y bienestar. Aproximarse a uno u otro de estos polos depende de factores puramente ecológicos (como la exposición a noxas ambientales), sociales (como el vivir inadecuadamente, sufrir frustraciones y desamparo), y personales (como el carecer de adecuados recursos para entender y controlar las situaciones productoras de malestar). Entre sentirse enfermo y estar enfermo media la intervención decisiva de los agentes establecidos de salud, que definen y codifican para el paciente la

"la verdadera" enfermedad, y la distinguen de la simple dolencia, malestar, o trastorno pasajero.

No obstante, el ámbito de las posibles definiciones no se agota en esta doble determinación. Además de la sensación personal (el sentirse enfermo) y de la definición profesional (estar enfermo, tener una enfermedad), está también la definición dada por la comunidad inexperta, o mejor aún, por el saber implícito, no teórico, de las comunidades. A esta tercera dimensión podemos llamar sickness: "ser considerado enfermo".

No habría tensión ni dificultad si las coordenadas que definen illness, disease y sickness fueran siempre las mismas o coincidieran en sus términos, pero no es así. Cada episodio o estado de menoscabo puede ser ubicado en estas tres dimensiones simultáneamente, revelando su discrepancia y la disimilitud de sus lenguajes. La medicina contemporánea, especialmente en algunas regiones del mundo, privilegia la definición de enfermedad que se basa en una teoría explícita y no en la sensación subjetiva. No son "casos" de disease aquellos en los que no se descubren categorías relevantes ni se pone en marcha el proceso argumental de su fundamentación específica.

También dentro de la epistemología médica se dan tensiones, y la definición de enfermedad será distinta en tradiciones iatromecánicas, iatrodinámicas o humorales, con modelos diferentes, categorías distintas y fuentes válidas de evidencia, a menudo antagónicas. Piénsese sólo en los distintos modelos -a veces inconmensurables- que presiden la labor del psicoterapeuta y del médico. Agréguese a ello la definición social (folclórica), el influjo de la tradición y del sistema social, con sus diversos grados de tolerancia, y se obtendrá un infinito número de coordenadas, un hiperespacio de dimensiones en las que puede ubicarse cada episodio de enfermedad y, más críticamente, cada persona en alguna etapa de su vida.

En ocasiones, estas tres dimensiones pueden ser coincidentes, debido, sobre todo, a relaciones de poder. Tanto el paciente individual como su comunidad tienden a otorgar validez a la definición profesional, basada en una teoría para ellos desconocida,
y a "medicalizarse". Sin embargo, la hegemonía de una única, exclusiva y excluyente definición de enfermedad, se ve objetada, negada y aun atacada, de acuerdo con el conocimiento de los últimos decenios.

Estas consideraciones se encuentran en el núcleo de una auténtica perspectiva biopsicosocial sobre la salud y la enfermedad. Apuntan el

hecho de que, más que tratar con abstracciones, lo que interesa es definir sujetos individuales en términos de estas tres dimensiones básicas. En su aplicación al caso concreto de la cronicidad, tendremos ocasión de examinar algunas aportaciones de las ciencias sociales que, lejos de ser añadidas a la concepción médica y fisiológica de salud y enfermedad, deben ser integradas armónicamente con ella.

La cronicidad puede referirse a *illness, disease y sickness*, adquiriendo connotaciones distintas en cada una de estas dimensiones.

SOBRE LA CRONICIDAD

Lavietes (1974) describe la enfermedad crónica de la siguiente manera: "La enfermedad crónica se caracteriza por una larga duración y repetidas exacerbaciones. Frecuentemente está presente mucho antes de evidenciarse y a menudo es irreversible. Por otra parte, el curso usual es el deterioro progresivo, aunque a menudo lento. Para la mayoría de las enfermedades crónicas no hay curación; afortunadamente, a menudo existen recursos paliativos útiles. Las enfermedades crónicas dan origen a incapacidades, pérdida de eficiencia laboral, necesidad de cuidado médico, y tal vez lo más importante, a una disminución en la calidad y plenitud de la vida. El comienzo de la enfermedad crónica obliga a muchos pacientes a percatarse de un defecto permanente, no importa cual leve sea, ya enfrentar la necesidad de aprender a vivir con algo menos que la perfección, que hasta entonces se había tomado por obvia. Nuestra comprensión de la enfermedad crónica ha progresado en los últimos años, sin embargo, aún faltan métodos probados para prevenir o retardar su comienzo, y el tratamiento de la enfermedad manifiesta raramente llega a su raíz, y más bien apunta a controlar algunas de sus manifestaciones".

La principal característica de la enfermedad crónica, en términos del desarrollo de paradigmas para su sistematización y tratamiento, es la presencia conjunta de dos atributos: *la permanencia y la globalidad*. La primera alude al tiempo: la enfermedad crónica es una enfermedad extendida en el tiempo, que se inicia y se prolonga sin límite definido; no es episodio, es destino. El segundo atributo alude al paciente: la enfermedad crónica no se detiene en el órgano afectado o en el menoscabo parcial. Afecta todas las esferas de la vida: el trabajo, las obligaciones sociales, la vida familiar; no es un accidente, es una alteración vital.

El clínico Sydenham sostenía en el siglo XVII que las enfermedades agudas exhiben una necesidad casi mecánica en su presentación sintomática; son, por así decirlo, más dependientes de las causas exteriores, de modo que conociendo éstas se pueden predecir aquéllas, y viceversa. Dios es la causa inmediata de las enfermedades agudas, pero es sólo una causa mediata de las crónicas. En éstas, el hombre mismo es quien contribuye a su gestación y se entrelazan sutilmente con su biografía y su proyecto vital. Aparecen, por ejemplo, cuando los principios de la naturaleza de un hombre son débiles y se han debilitado más por la edad o a consecuencia de hábitos perniciosos largamente mantenidos. En las dolencias crónicas, Sydenham ve, por lo tanto, un factor biográfico o personal, y la persona humana determina sus manifestaciones generales y específicas.

Ya hemos señalado (Lolas, 1985) el contraste entre el clínico Sydenham, que reconoce la impronta de lo personal en las manifestaciones de la enfermedad crónica, y el teórico, que al tratar de explicarla vuelve a tratar el cuerpo como pura articulación de mecanismos impersonales.

Tal es la antinomia que la emergencia de la teorización biopsicosocial, desde los precursores hasta hoy, ha intentado resolver. Más que la resolución abstracta del viejo debate sobre el alma y el cuerpo, o que la pregunta acerca de la influencia patógena de los estados del ánimo sobre el cuerpo, la perspectiva biopsicosocial debe tomar como punto de partida de su teoría y de su acción, lo que está "entre" el *soma* y la *psique*. Aquellas nociones fundamentales, "relacionales" originariamente, que no son ni uno ni otra, aunque dependan de ambas, sino "realidades" que emergen de ellas y cuya formalización demanda hoy la medicina.

Una perspectiva biopsicosocial sobre la cronicidad debe poner seriamente en entredicho la clásica distinción entre causas, enfermedades y consecuencias. Se ha querido ver en la teorización psicosomática una simple ampliación del campo etiológico. A las causas físicas reconocidas por la medicina científico-natural, se agregaban las causas psíquicas de la enfermedad. Es posible que esta idea simple de psicogenia haya estado realmente presente en algunos pioneros. Nuestra interpretación corriente parece apoyar la noción de que podemos enfermar desde la psiquis. Pero la utilidad de este modo de pensar no ha sido evidente. El dualismo práctico, el cartesianismo implícito en nuestras tecnologías curativas, no pueden considerarse exitosos. No, por lo menos, en la medida en que signifiquen negar o desconocer algún tipo de sufrimiento humano o de

enfermedad que no se dejan reducir a nuestras convenciones teóricas. La ampliación del campo etiológico sería un logro muy mezquino si seguimos aferrados a un modelo puramente lineal. La "causa", en medicina, elude frecuentemente la determinación única y se contrae o expande según el punto de referencia del observador. Si una persona muere de infarto del miocardio, el patólogo comprobará la oclusión de una arteria coronaria y declarará que ésta es la causa. Sin embargo, la oclusión de la arteria coronaria fue precedida por años de hipertensión e hipercolesterolemia, y el clínico no dudará en declarar que estas son las causas del resultado final. Los científicos sociales han identificado determinados estilos de vida en los sujetos que se enferman de las coronarias, o bien determinada constelación de eventos vitales y reacciones psicológicas que precedieron o acompañaron el comienzo de la dolencia. Su argumento es fuerte en términos estadísticos, y técnicas apropiadas permiten hablar, también en este caso, de causa de la enfermedad. Los ya clásicos estudios de Mirsky y colaboradores mostraron que en las personas que eventualmente desarrollan una úlcera duodenal, se encuentran, ya desde muy temprano en la vida, elevados niveles séricos de pepsinógeno. Por ello, el argumento genético también podría desarrollarse en términos de causalidad.

Hablamos de multicausalidad de la enfermedad. Pero la ecuación personal ha probado ser tan decisiva, que sumados todos los factores de riesgo, y establecidas apropiadamente las mediciones del estado final patológico, no siempre es posible establecer cadenas argumentales lineales.

La enfermedad crónica, con sus caracteres de globalidad y permanencia, nos lleva también a objetar una tajante división entre causas y consecuencias. Ya el hecho de enfermar constituye una fuente de tensión, incertidumbre, angustia y otras reacciones psicológicas, que pueden en buena medida constituir causas de nuevos desarrollos, agravaciones o retrocesos en el proceso mórbido. Los pioneros de la perspectiva psicosomática fueron, en este punto, de considerable perspicacia, porque reconocieron que aquellas dolencias en las cuales el papel que desempeñan los factores psicosociales y biográficos es más nítido son, precisamente, las enfermedades crónicas. Hoff y Ringel (1969), al caracterizar la dolencia psicosomática, destacan precisamente este punto. Es en las largas evoluciones donde el papel determinante del hábito y del comportamiento, y las consecuencias deletéreas del propio proceso de enfermar, son más evidentes. Es precisamente en ellas, por lo

que involucran de estilo de vida y de influencias patógenas del entorno significativo de las personas, donde tales aspectos pueden ser más destacados. La perspectiva biopsicosocial propone la ampliación de este punto de vista a toda enfermedad, borrando esas aparentemente nítidas fronteras entre agente causal, paciente que enferma, experto que define y sociedad que apoya o critica.

Esto puede parecer una innecesaria difuminación de las categorías de pensamiento que presiden el estudio científico de la medicina, pero sólo a condición de ignorar el impacto que estos otros factores tienen en el bienestar de las personas, inadecuadamente tratado en nuestras teorías iatromecánicas, deudoras de una metodología empírico-analítica excluyente. No obstante, hay que reconocer que las herramientas conceptuales, que luego serán utensilios terapéuticos, deben ser depuradas o revisadas, con el objeto de no volver a repetir el reduccionismo de la explicación única. En otro lugar hemos hablado de pluralismo metodológico para designar la necesidad de no dejarse embelesar por lo que parece ser la explicación definitiva de todo (Lolas, 1984). El pluralismo metodológico en medicina, significa el abordaje conjunto, por parte de muchas disciplinas, del gran tema antropológico, que es central en la medicina y que constituye un mar de resonancias nunca agotadas y tal vez nunca agotables. Significa, por otra parte, reconocer y fundamentar un campo propio para la experiencia médica, una epistemología que no convierte a la medicina en química aplicada, biología aplicada o sociología aplicada.

Justamente la tentación aquí es hablar en términos demasiado esquemáticos. Ya que no sabemos distinguir entre causas, consecuencias, factores predisponentes y enfermedad, sería vano pretender que podemos hablar unitariamente de enfermedad. A menudo las personas padecen más de una dolencia. Tienen, por ejemplo, un modo anómalo de reacción ante los sucesos exteriores y son también portadoras de una neoplasia. Utilizar apresuradamente la navaja de Ockham -reducir los entes y las explicaciones al máximo- podría llevarnos a ver simples hechos que no son tales, y a descubrir relaciones causales en donde sólo hay coincidencia.

A continuación trataremos de examinar algunos aspectos que son relevantes al tratar de la perspectiva biopsicosocial sobre la enfermedad crónica, señalando algunas de sus insuficiencias e ilustrando formas de su integración.

EL ROL DE ENFERMO, LA CONDUCTA EN LA ENFERMEDAD Y EL ROL DE PACIENTE

Estos son algunos de los conceptos utilizados por los científicos sociales para tratar, a nivel sistémico o individual, las dimensiones de sentirse enfermo (*illness*) y ser considerado enfermo (*sickness*). No debe ignorarse el hecho de que la aportación sociológica puede revestir dos formas: sociología de la medicina y sociología en medicina, ya que puede haber confusión en este aspecto. Cuando Talcott Parsons (1951) proponía el concepto de rol de enfermo, desde la perspectiva social y sistémica, hacía sociología de la medicina. Cuando otros autores han utilizado el concepto de rol de paciente lo han hecho desde una perspectiva aplicada, sociología en medicina, como herramienta auxiliar al servicio de las necesidades de información y planeación de los servicios médicos.

Hecha esta salvedad, examinaremos sumariamente estos conceptos en su relación con la cronicidad. El concepto de *rol de enfermo* deriva de la idea de que el intercambio social, en toda situación, está regulado por normas implícitas o explícitas. Hay cuatro expectativas de tipo normativo que están incluidas en él. Dos son derechos: el enfermo tiene derecho a ser eximido de toda responsabilidad y a ser liberado de sus obligaciones habituales. Dos son deberes: el enfermo debe buscar tanto su curación como ayuda técnicamente competente, la que debe acatar, cooperando a su recuperación. Correlativo a este rol de enfermo, se encuentra el papel del médico o del agente de salud, el cual está codificado en términos de dedicación a la tarea de curar y brindar bienestar, y a suministrar los recursos apropiados para lograrlo, al igual que una ética en sus relaciones con el individuo en su papel de enfermo.

La conducta de la enfermedad, según Mechanic (1978) es el conjunto de percepciones, pensamientos, sentimientos y actos que afectan el significado personal y social de los síntomas, la enfermedad (*illness*), sus limitaciones y sus consecuencias.

El *rol de paciente* puede ser diverso del rol de enfermo, por cuanto se puede ser paciente sin necesidad de sentirse enfermo y basta sólo la determinación de tal condición por parte de los agentes de salud. Por ejemplo, rol de paciente puede tenerlo alguien que acude a consultar sin quejas, por puro control rutinario o preventivo. Para la evaluación de los servicios de salud, este concepto puede ser de gran interés, toda vez que su utilización no depende solamente de síntomas sino de factores distintos, tales como accesibilidad, disponibilidad, imitación, etc.

De particular relieve para el estudio de la cronicidad es el concepto *de conducta anómala en la enfermedad* de Pilowsky (1978), que se refiere a modos persistentes de percepción, evaluación y acción inapropiadas en relación al propio estado de salud. Es de singular interés poner este concepto en relación con la falta de acatamiento (compliance) de los regímenes terapéuticos, mucho más acentuada y extendida de lo que suele creerse.

Se ha señalado la naturaleza asintomática de muchas dolencias crónicas como causa de modos anómalos de comportarse en relación con la propia salud. Algunos estudios tienden a reducir la importancia de este factor. También deben considerarse aquí factores disposicionales, tales como la estructura de la personalidad o las obligaciones sociales que dificultan o impiden una adecuada atención a las medidas paliativas, curativas o preventivas.

Se ha abierto un gran debate en este punto, en relación con el sexo, con autores que defienden que la mayor morbilidad de la mujer se debe al papel fijo predominante en el hombre, y otros que la atribuyen al *nurturant role* de la mujer, que efectivamente le impide preocuparse adecuadamente de sí misma. Pero también las cualidades de *sensation seeking* o personalidad tipo A son conceptos pertinentes para evaluar el factor "conducta inapropiada en la enfermedad". Existe una liga con el concepto de *accident-prone personality* de Dunbar. Finalmente, una conducta inapropiada puede obedecer a la deficiente comunicación entre el paciente y el médico, en el sentido de que éste, creyendo dar instrucciones claras, muchas veces no es comprendido.

El concepto parsoniano ha sido revisado en muchos estudios (Frankel y Nuttall, 1984). Es, desde luego, poco aplicable a los trastornos menores, porque nadie espera que un resfrío simple obligue a buscar ayuda especializada y su existencia no siempre exime al paciente de sus obligaciones sociales. El concepto reconoce poca importancia al apoyo, positivo o negativo, de la familia, amigos agentes profanos de la salud, esquematizando el rol de enfermo sólo en relación con el sistema médico. Por supuesto, no permite una disección analítica de los casos de "enfermedad responsable" y la inadecuada motivación para consultar al médico o para sanar (que ya son parte de una anomalía en la ejecución del rol). En el presente contexto, es relevante señalar que justamente en la enfermedad crónica, el concepto presenta serias debilidades.

En primer lugar, la mayoría de las enfermedades crónicas estabilizadas no eximen de ciertas obligaciones sociales. Más bien, la

exención depende de una estimación de gravedad y del crédito idiosincrásico del individuo, en términos de prestigio o poder. La tolerancia social se hace menos flexible a medida que dura más la enfermedad, reduciendo la exención de responsabilidad correlativamente. Por otra parte, una enfermedad irreversible raramente puede curarse, de modo que el deber de sanar o ponerse bien no puede ser manifestado cabalmente. A menudo, asimismo, la ayuda técnica competente se limita a paliar las consecuencias de la enfermedad, sin aspirar a sanar ésta de modo completo. Alonzo (1984) ha presentado una perspectiva integradora, en que compara cuatro tipos de conducta en la enfermedad, en tres dimensiones relevantes. Si en la enfermedad menor (de todos los días) el proceso primario es la contención, y en la aguda el *coping*, en la crónica es el ajuste, esto es, la adaptación del enfermo al estilo de vida que supone una condición irrecuperable. La relación con el papel social que desempeña el sujeto permite describir el del paciente crónico como un papel disminuido o alterado, en tanto que en el paciente agudo se trata de un papel atenuado, y en las enfermedades de todos los días, de uno comprometido. Finalmente, en cuanto a la relación con el agente de salud, en la enfermedad crónica se trataría de una participación mutua, en tanto que en la aguda, de una relación polar guía-cooperación. La relación paciente agente de salud es, en las enfermedades menores, típicamente indirecta: como no demandan consulta directa al experto, a menudo las medidas proceden del intercambio con otros pacientes que las han experimentado y que han recibido atención. Esta perspectiva de Alonzo (1984) permite categorizar las diferentes formas de conducta en la enfermedad en forma mucho más diferenciada que la simple adscripción al rol de enfermo, con lo cual puede implementarse no sólo un sistema más eficaz de diagnóstico y prevención, sino también de tratamiento.

Debe destacarse que el proceso de adaptación y ajuste a la enfermedad crónica supone un esfuerzo y constituye un factor de estrés adicional, para cuyo control, la participación de los propios recursos personales, de los "otros relevantes" (parientes y amigos) y del sistema de salud, tienen diferente importancia. Los estudios de Ben-Sira (1984) señalan que los recursos se usan en el orden citado, y que a veces la participación profesional, si es inadecuada en términos de apoyo emocional, puede ser negativa para el paciente.

ACONTECIMIENTOS VITALES Y PERSONALIDAD

Tres han sido los procedimientos más empleados para estudiar la relación entre el estrés y la enfermedad:
a) La exposición de hombres y animales a estresores experimentales;
b) El impacto de las experiencias individuales, tales como el duelo o los desastres naturales;
c) Retrospectivamente, el estudio de la intensidad del estrés experimentado previamente en los grupos clínicos.

El primero de estos enfoques no explica la relación que hay entre el estrés y la enfermedad "espontánea" o natural. El segundo no explica la "elección" de una determinada enfermedad, por lo que la cantidad de variables que deben controlarse es muy elevada. El tercero depende críticamente del instrumento que se haya empleado para evaluar el esfuerzo adaptativo.

La medición del estrés ambiental (o vital) mediante el instrumento de Holmes y Rahe (1967): *Schedule of Recent Experience*, supone que sus componentes se comportan aditivamente. Este instrumento ha sido objeto de numerosas críticas (Creed, 1985), proponiéndose su reemplazo por el de Brown y Harris (1978), que supera el problema de "el esfuerzo en pos del significado", por el cual las personas tienden a buscar o atribuir una razón para su enfermedad.

Entre sus atributos positivos merecen destacarse la exclusión de síntomas y acontecimientos relacionados con la enfermedad, la determinación por parte del observador (y no del respondente) de los criterios de inclusión de acontecimientos, considerar el significado individual de éstos, no suponer aditividad en ellos y categorizar a los sujetos según la severidad del suceso, que se ubica con precisión en el tiempo. Considera el factor de decremento de acontecimientos en dirección retrospectiva, que puede deberse al olvido, y que genera la impresión de que los acontecimientos se acumulan en el período inmediatamente anterior a la enfermedad.

El instrumento de Brown y Harris, llamado también método Bedford College LEDS (*Life Events and Difficulties Scale*), pese a su complejidad, no ha producido aún suficiente evidencia sobre la relación que hay entre los acontecimientos vitales y la enfermedad física. Hay estudios prospectivos, sin embargo, que muestran claras implicaciones. En todo caso, como apunta Creed (1985), es necesario tomar en consideración otros factores: la edad, el momento en que ocurre el

acontecimiento, el tipo de éste y la interacción con el "estilo de vida" o los factores estables de la personalidad. En relación con el último punto, aunque han predominado los modelos lineales, se ha sugerido (Murphy y Brown, 1980) que los acontecimientos vitales causan depresión y que ésta da origen al trastorno orgánico. Evidentemente, hay que tomar en cuenta el apoyo social, los recursos defensivos y la personalidad. Obsérvese que el hecho de obtener correlaciones entre los cuestionarios de acontecimientos vitales y otros (estilo de *coping*, tendencia al rol de enfermo, etc.), puede no deberse a la asociación entre las variables medidas, sino al modo en el que determinados grupos de sujetos llenan los cuestionarios. Esta dependencia muestral indica la importancia de los factores estables disposicionales.

La independencia conceptual y la validez discriminante de los acontecimientos vs. los estilos vitales inductores de estrés, ha sido examinada por Behling y McFillen (1983), quienes proponen que se relacionan en cuatro formas:

a) efectos independientes (estilos y acontecimientos) pero complementarios sobre la enfermedad;
b) efectos independientes, no complementarios;
c) efectos antecedentes (o causales) de estilo vital (con tendencia a ciertos acontecimientos vitales);
d) efectos moderadores del estilo vital (que modifican los acontecimientos vitales).

Estos autores encuentran que los puntajes en el *Jenkins Activity Survey*, que mide la conducta tipo A, y la Escala de Cambios Vitales Recientes, están correlacionados. Ello puede deberse a una vinculación conceptual, a una comunidad de dominios investigados por ambos instrumentos, o a un artificio debido a la formulación de las preguntas.

Es evidente que la separación entre persona y situación es sólo analítica y que precisamos de instrumentos más sensibles para tratar las interacciones.

Por último, de lo que se trata es de identificar la contribución de ambos factores (persona y situación) a la especificidad. La cointervención de *life events y life processes* ha sido también señalada por Aro y Hanninen (1984).

RECAPITULACIÓN Y COMENTARIO FINAL

La cronicidad puede describirse en las tres dimensiones que hemos considerado importantes para el estudio de la enfermedad: *illness* (sentirse enfermo), *disease* (estar enfermo según la teoría médica) y *sickness* (ser considerado enfermo por la comunidad no profesional). Para cada paciente, y para cada dolencia o episodio, debe precisarse la intensidad con que se expresa la morbilidad en cada una de estas dimensiones, no siempre coincidentes.

Paradigmáticamente, el paciente con dolor crónico o el paciente mental crónico brindan ejemplos de disociación que el médico debe considerar en el diagnóstico y en el tratamiento. Los principales atributos de la enfermedad crónica son la *permanencia* (en el tiempo) y la *globalidad* (en términos de áreas vitales comprometidas). En ella son decisivos los aspectos biográficos y personales; para enfocarlos correctamente se precisa de una auténtica perspectiva biopsicosocial.

Algunos conceptos de las ciencias sociales han encontrado aplicación en el terreno de la salud, y han brindado esquemas de cuantificación y evaluación. Sin embargo, al examinar el concepto del rol de enfermo, salta a la vista que su aplicación a los problemas de la cronicidad no puede ser simple y exige modificaciones. Una perspectiva situacional, que distinga lo esencial de los distintos tipos de conducta en la enfermedad (con valor sintomático), permite superar algunas dificultades y merece un estudio más atento.

La personalidad y los acontecimientos vitales son dos conjuntos de variables que determinan el curso, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad crónica y han sido objeto de extensa investigación empírica. Su interrelación ha sido descrita bajo cuatro posibilidades teóricas, que probablemente se dan en forma diversa según la condición patológica que se quiera estudiar.

En el estudio y el tratamiento de la enfermedad crónica se deben contestar las cuatro preguntas clásicas de la investigación psicosomática: quién es el paciente, por qué enfermó en esta forma y en este momento, y qué acontecimientos precipitaron o agravaron su dolencia. Como en toda la medicina, en la enfermedad crónica se trata de acentuar la contribución de los factores que definen, en forma única e irrepetible, la condición de paciente. El viejo *dictum* de Krehl: "no hay enfermedades sino enfermos", adquiere en este terreno el valor de un postulado.

REFERENCIAS

ALONZO, A.A. An illness behavior paradigm: a conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Soc. Sci. Med.* 19: 499-510, 1984.
ARO, S.; HANNINEN, V. Life events or life processes as determinants of mental strain? A 5-year follow-up study. *Soc.Sci. Med.* 18: 1037-1044, 1984.
BEHLING, O.; McFILLEN, J.M. The measurement of stress-inducing life events and life styles: questions of conceptual independence and discriminant validity. *J. Psychosom Res.* 27: 215-221, 1983.
BEN-SIRA, Z. Chronic illness, stress and coping. *Soc. Sci. Med.* 18: 725-734, 1984.
BROWN, G.W.; HARRIS, T. *The Social Origins of Depression.* Londres: Tavistock Publications, 1978.
CREED, F. Life events and physical illness. *J. Psychosom Res.*, 29: 113-123, 1985.
FRANKEL, B. G.; NUTTALL, S. Illness behavior: and exploration of determinants. *Soc. Sci. Med.* 19: 147-155, 1984.
HOFF, R. *Problemas Generales de la Medicina Psicosomática,* Madrid: Morata, 1969.
LAVIETES, P. The problem of chronic disease. *Am. J. Hosp. Pharm. 31:* 1048-052, 1974.
LOLAS, F. *La Perspectiva Psicosomática en Medicina.* Santiago: Editorial Universitaria, 1984.
LOLAS, F. Nota sobre la emergencia de la persona en medicina. En: *Notas al Margen,* Colección Travesía, Santiago: Editorial Cuatro Vientos, 1985.
MECHANIC, D. *Medical Sociology.* Nueva York: The Free Press, 1978.
MURPHY, E., BROWN, G.W. Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *Brit J. Psychiat.* 136: 326-338, 1980.
PARSONS, T. *The Social System.* Glencoe, III: The Free Press, 1951.
PILOWSKY,I. A general classification of abnormal illness behaviors. *Br. J. Med. Psychol.* 51: 131-137, 1978.

DE LA CIENCIA, EL IDIOMA Y LA PSIQUIATRÍA

Tanto como conocimiento, la ciencia es sistema de comunicación. Lo que diferencia al dato profano del dato científico es la pertenencia de éste a un armazón teórico de concepciones fundamentales que le legitiman y validan su organización sistemática. En cada disciplina científica se encuentra no sólo un objeto, sino también un modo de expresión que le es constitutivo y esencial. A ello nos referimos como "paradigma de comunicación".[1]

No debe extrañar por ello que la ciencia, aun cuando practicada en una comunidad universal, tenga lenguaje y hasta tenga idioma. Lo digno de comunicarse se dijo alguna vez en latín, o en árabe, o en alemán. Porque lo digno de decirse lo decían quienes hablaban tales idiomas. La actual preeminencia de la lengua inglesa y sus variantes vulgares o pervertidas pertenece a la realidad de nuestra ciencia contemporánea y es, como tal realidad, innegable.

Ello acontece de modo predominante en aquellas disciplinas que por su sofisticación metódica requieren complejas y costosas tecnologías, con todo lo que ellas suponen de especialización, masa crítica de investigadores y apoyo gubernamental.

Modélicamente ello se ve realizado en países industrializados, como los Estados Unidos de Norteamérica. La cuantía de la producción científica permite imponer lenguaje, modo de decir, ortodoxia. Es de señalar que tal estado de cosas no tiene por qué generalizarse a toda disciplina científica o a toda empresa intelectual.

Durante el IV Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica, celebrado en Philadelphia (USA) entre el 8 y el 13 de septiembre de 1985, se renovó, entre los hispanoparlantes, la cuestión del idioma. Algunos sostienen que la indiferencia respecto del español es vejamen o agravio, toda vez que la Federación Internacional de Sociedades de Psiquiatría Biológica debiera proveer a la representación equitativa -si es que no paritariade los idiomas "oficiales". Lo que en síntesis se pide es en extremo modesto: traducción simultánea en debates y sesiones.

La vertiente biológica de la psiquiatría es lo más próximo que en ésta puede encontrarse a la formalización científica de alta tecnología. Por tal motivo, tiene un lenguaje y un idioma. Ni uno ni otro son familiares a los hispanoparlantes, excepto a aquellos que, o están incorporados a la actividad científica en centros

avanzados o imitan sus usos. De allí que sea comprensible la situación que origina la queja.

Lo que es menos comprensible es la queja misma y los modos de expresarla. Pedir que la investigación de frontera nos sea traducida de inmediato a los que hoy -por cualquier razón- no somos frontera es olvidar que no existe ninguna verdadera necesidad de que ello sea así. Puede defenderse el derecho de los hispanoparlantes de participar pasivamente de esa investigación y reproducir, tal vez, algunos de sus rasgos. Realísticamente, y sin chauvinismo, ello no modificaría ninguno de los lineamientos generales de la actividad científica y cualquier participación activa de alguna importancia precisa del conocimiento del idioma inglés.

La bien intencionada defensa del español debe empezar por otro lado. No por la adjetiva preocupación por el idioma en aquellos terrenos donde las cosas, hoy, no se dicen en español. Forzar en este punto la argumentación logra a lo sumo una comprensión despectiva, resentimiento, malentendidos. Lleva a confiar que una simple traducción de datos o fragmentos de datos reemplazaría todo un entrenamiento sistemático en modos de pensar y de hacer, que esos datos sólo reflejan. Contribuye a fragmentar aún más el conocimiento, ya suficientemente despedazado por fronteras disciplinarias.

El retomo a las lenguas nacionales tiene sentido y no constituye retroceso bajo dos condiciones. Primero, que a través de ellas se exploren formas alternativas de cientificidad. Bien paradójico es que en Latinoamérica pensemos con nostalgia en la investigación de frontera cuando en realidad sólo tenemos un pseudopodio en la frontera. Léase pseudopodio aquí como lo que es: un falso pie. Hay urgentes necesidades y limitaciones contextuales muy importantes que requieren una creatividad

prístina, que no se limite a replicar lo ya hecho o a variar pasivamente las melodías de Nueva York o California. Habría que inventar, desde nuestra propia conciencia histórica y circunstancial realidad, toda una concepción diferente, alternativa, de la ciencia. Necesitamos investigación fundamental, ciencia básica, teoría, pero de contextura insobornablemente auténtica y exigente. Desde una perspectiva latinoamericana.

Aparte de la calidad del trabajo, es menester que él sea comunicado en español. Sin verborragia intrascendente, sin localismo, simple, sencilla, directamente. En "lingua franca" de buena ley. Que a la calidad

del trabajo se uniera un profundo respeto por participar activamente en el proceso de esclarecimiento que toda tarea intelectual supone. Antes de que otros respeten nuestro idioma debemos empezar por respetarlo nosotros. Usarlo sólo cuando sea menester, para decir algo que merezca la pena de ser dicho, no para inflar mezquinos prestigios locales ni para expresar en él lo inacabado, el trabajo de segunda mano que no hubiera sido aceptado en una revista de prestigio.

El español será una lengua que otros deberán leer cuando lo que en él se piense y se escriba sea significativo. Entonces no deberá mendigarse una traducción porque estará claro que el lenguaje y el idioma de la ciencia son la ciencia misma. Que el medio es el mensaje. Y que cuando se cuida y se respeta a éste, se cuida y se respeta a aquél. Una cientificidad alternativa, exigente, consciente de sí misma y lenguaje respetado y respetable, nos permitirán olvidar vanos orgullos, competitividad mal colocada. Dejaremos de perder el tiempo y nos abocaremos a lo que realmente importa: decir más y mejor en español.

Notas:

1. Lolas, F. *Communication modes in research.* En: Day, S.B.; Lolas, F.; Kusinitz, M. (Eds.) Biopsychosocial Health, International Foundation for Biosocial Development and Human Health, New York, 1980.

LA PSIQUIATRÍA COMO SABER-HACER

Como aquel personaje de Moliere que un día descubrió que hablaba en prosa, la medicina contemporánea ha descubierto que es una ciencia social.

Esta afirmación, sin cualificaciones, podría parecer casi herética. No es del tipo que recogen los textos más avanzados de patología o de medicina interna, si bien es dudoso que haya alguno que deje de considerar "los aspectos sociales" del enfermar.

Sin embargo, en la mayoría de los casos tales aspectos, soterradamente, o se reducen a factores demográficos y epidemiológicos o quedan como vaga e indefinida alusión a dimensiones que, llegado el momento de tratar "en serio" a un paciente, pueden olvidarse.

Pero, sin embargo, la realidad es que la medicina es una ciencia social. Ello no significa, ciertamente, que deba renunciar a su carácter de fisiología aplicada o a la esencial vinculación con las ciencias biológicas. El problema es, por ponerlo en términos sencillos, que la medicina es *tanto* ciencia social *como* ciencia biológica. Este carácter jánico puede, dadas las expresiones que usamos, parecer arbitrario. En realidad, cuando decimos ciencia social y ciencia biológica epitomizamos, reducimos a una expresión simple, dos tendencias epistemológicas, dos formas de cientificidad, dos praxis de estudio. No aludimos a los contenidos de estas "ciencias", ni se trata de disputar sobre psicología, sociologías, bioquímicas u otras disciplinas. Se trata sólo de indicar que tras esas dos denominaciones se esconden dimensiones importantes para nuestra comprensión de la medicina, y, con ella, de la psiquiatría contemporánea.

Los tres subparadigmas clásicos del modelo médico ("mentalidades", los llama Laín Entralgo) han sido el anatomoclínico, el fisiopatológico y el etiopatogénico. Ellos han sido hoy día englobados y superados por un cuarto que es el "molecular". Si un solo carácter debiera señalarse en la medicina contemporánea, ese no podría ser otro que el énfasis en los "fundamentos" básicos, en los microelementos de lo vivo, entendidos en su más cruda materialidad. Esta descomposición analítica es tanto más sorprendente cuanto que los profanos –y con ellos los administradores y los gobemantes- son los más arduos defensores del "progreso médico" en esta dirección.

Justamente las ciencias de frontera son hoy día más incomprensibles que nunca para el profano. Palabras más, palabras menos, esta fascinación por la nueva estequiología de lo molecular se ejerce también sobre el clínico atareado (pienso, evidentemente, no en las Mecas estadounidenses ni europeas sino en nuestro desvalido continente, subdesarrollado a fuerza de querer no parecerlo). Éste renuncia con gusto a su sano sentido común para embarcarse en mal digeridas disertaciones sobre procesos y funciones que en su época de estudiante ni siquiera se avizoraban.

O toma partido por la "psiquiatría biológica" y lanza denuestos contra la "psiquiatría dinámica", como si en las cumbres y en las fronteras no fueran risibles estas mínimas discordias y como si no ocurriera siempre que los jefes proletarios (como los cerdos de "Animal Farm") terminan por coludirse con el poder.

La mayor confusión deriva de considerar que la estequiología molecular es algo distinto de la estequiología de lo anímico. De creer ingenuamente que las moléculas son más "reales" que los símbolos, sólo porque un conjunto de técnicas -comprendidas por sólo unos pocos- hacen de su existencia una necesidad teórica.

Este ingenuo empirismo y materialismo epistemológico nos hace pensar que mejor haríamos en enseñar a las siguientes generaciones la naturaleza arbitraria y socialmente condicionada de todo conocimiento antes que atiborrarles de "conocimientos" (como hemos llegado a llamar a las informaciones perecibles). Insistamos en que no se objeta ni la ciencia ni sus avances. Sucede, sin embargo, que la praxis del científico no es la del médico y confundir ambas es pernicioso. Un solo punto: quién enferma, quién es "enfermable". Ciertamente no el átomo ni la molécula. Bien pensado, tampoco el sistema planetario. Lo pático se da sólo en el nivel intermedio "biosférico" y sobre todo "humano". La conciencia individual es como una luz entre dos penumbras: la del micro y la del macrocosmos. y es en esa conciencia donde asienta la enfermedad sufrida -el carácter de *homo patiens*.

Este carácter intermedio de las ciencias sociales – o humanas-, debe traducirse, para nosotros, en el imperativo epistemológico de ser "camaleones metódicos", como ha escrito Hubert Tellenbach. O, más concretamente, defender un pluralismo metódico exigido por el carácter híbrido de la medicina -y de la psiquiatría con ella.

A menudo se dice: la medicina es ciencia y es arte. Como técnica curativa, como diagnóstico, es un *saber-hacer*. No un puro saber, mas tampoco un puro hacer. Un hacer, en suma, "informado" por teorías. "Ver para prever, y prever para proveer", tal es el lema de las técnicas científicas, esos híbridos de la edad contemporánea, entre los cuales

resueltamente debemos incluir a la medicina. Señalemos, a modo de apuntación, el aspecto práctico de estas consideraciones. Tal vez en ningún ámbito sea éste más demostrable que en el viejo debate sobre las causas. Para Galeno las había de tres tipos: la procatárstica (o externa), la sinéctica (o continente) y la proegúmena (o disposicional). Las "escuelas psiquiátricas" se entienden como absolutizando una u otra, haciendo bandera de una "causa única" o, en los casos más sofisticados, erigiendo algún proceso, o principio, en "vía inicial común" de todo trastorno o padecimiento.

Si esta vía inicial común en verdad existe, ella es de naturaleza compuesta. Es biológica, pero también social. Se investiga con métodos de la ciencia de fronteras, más también con el atento ocuparse de lo dialógico, principio fundacional de la técnica de sanar.

Tal vez los médicos latinoamericanos tengan el raro privilegio de poder plasmar, en su acción futura, una teoría de la medicina en la cual, junto al *ethos* de la ciencia se considere su inevitable ligazón a sus dimensiones humanas y sociales.

SANAR Y CURAR

Más importante que saber qué enfermedad tiene una persona es saber qué persona tiene una enfermedad. Esta aseveración epitomiza la postura "humana" en la medicina de los últimos decenios. Centra la atención en aquellos aspectos personales, individuales e irrepetibles que cualifican aquello que llamamos enfermedad. Refrasea la vieja tesis: "No hay enfermedades sino enfermos".

Con aseveraciones como ésta ocurre como con las monedas: el uso las desgasta. Se siguen repitiendo idénticas, mas su significado ha experimentado profundos cambios. Una anécdota apócrifa de Pasteur lo retrata al final de su vida diciendo: "Bernard tiene razón: el microbio es nada, el terreno todo". Para la medicina finisecular estaba la polémica entre conceder importancia al huésped o concedérsela al microbio, al agente externo.

La constitución de la persona -como punto céntrico de la reflexión médica- implicó la pregunta por la constitución del mundo propio de la persona. El sí mismo (self) es el resultado de una acción que el yo realiza. Es el fruto especular de un diálogo.

Concebir el mundo no puede disociarse de concebir la persona que lo

concibe. A ello aludía Jürgen Ruesch cuando advertía que en las ciencias de la conducta, toda teoría debe identificar al observador y especificar su posición. En realidad, esto es así en toda ciencia, pues toda ciencia trabaja con los productos de la actividad de individuos llamados científicos.

Si la distancia que media entre "hacer" y "hacer-se" se ha acortado -incluso, para algunos, ha desaparecido-es necesario preguntarse qué significa la enfermedad. Ya no como un añadido a la persona. Ahora concebida como un producto de la persona.

Los éxitos más notables de la medicina contemporánea se refieren al cuerpo físico. Milagrosas técnicas para la detección y la extirpación de neoplasias. Poderosos antibióticos para el control de agentes patógenos. Drogas que modifican la función celular en forma precisa y controlable. Medidas preventivas que ahorran sufrimiento y alargan la vida.

Las personas más imbuidas de la ideología medicalizante que se gestó a tenor de estos éxitos han terminado por considerar que sus dolencias podrían ser extirpadas, de raíz, dados suficiente inversión de dinero, trabajo científico y tiempo de desarrollo. Se trata de una dorada esperanza. Si la civilización ha traído males, más civilización traerá remedios para esos males.

Que esto es una forma de ideología (Machado diría: "de falsa conciencia") lo refleja el simple pero paradójico hecho de que la medicina (o sus formas más occidentalizadas), en su avance, no alcanza nunca la meta final: que no haya más enfermos. La medicina, hoy más cara que nunca, crea sus propios clientes. Sólo que legión de éstos son de una nueva clase, mutantes que tenazmente resisten sus logros.

Todo médico ha conocido aquellos pacientes que parecen contradecir al sistema. Se les descubre un tumor, se les somete a los más avanzados y oportunos tratamientos, se les da de alta pensando que un éxito tal merece ser publicado, todos están de acuerdo en la oportunidad y excelencia del tratamiento, el paciente festeja su vuelta a la vida activa.

Sólo que no todo está tan bien. Los dolores persisten. La reinserción en las antiguas actividades toma más tiempo del esperado. La vida no parece ser feliz. El paciente vuelve a ser paciente y -pasivamente- se deja de nuevo investigar y tratar.

Pero ya no es ni será lo mismo. El paciente está "curado", más aún no ha sido "sanado". Más frecuente es el caso del impenitente visitador de médicos, que acumula exploración tras exploración, opinión sobre opinión, que sabe todo de sus diagnósticos y dolencias y que vive

apresado por innumerables y a veces contradictorias indicaciones. Respira aliviado cuando el médico -tal vez el vigésimo que ve- "por fin descubre" que su enfermedad se llama X o Z. A la breve "luna de miel" consecutiva a este diagnóstico, sigue, sin embargo, la decepción. La panacea deja de funcionar, las medidas dietéticas se toman tediosas, inútiles y pesadas. Surge la discrepancia. El método dictamina: "Le he curado". El paciente (según su clase social) dirá: "Sí, doctor, pero ... ". Innumerables de tales pacientes están técnicamente curados. Personalmente, aún no han sido sanados. Esta distinción entre *curar* y *sanar* es importante. La curación viene definida con arreglo a los cánones de la ciencia médica oficial y debe ser enjuiciada según las normas del arte. El sanar es un asunto personal, una construcción individual de sí mismo y de la realidad.

Si curar y sanar son procesos diversos, no se implican recíprocamente. Alguien puede sentirse sano, mas ser considerado enfermo por la medicina académica. Hay que reconocer que el estado de salud es una construcción personal, cuyos criterios de definición no son los mismos para todos. De salud, como de belleza, puede haber tipos diversos. Sentirse bien no es algo que pueda ser inequívocamente retrotraído a un estado del cuerpo. Involucra actitudes vitales, respuestas del entorno, rituales y mitos.

La verdadera salud no es una cosa sino un proceso. Como tal, experimenta mutaciones, retrocesos, avances. Cambia siempre. Curar con arreglo a un arte que no echa raíces en las convicciones y ritos personales, no significa aún sanar. Significa, tan sólo, ser exitoso en los términos de ese arte. De todas las disciplinas médicas, tal vez sea la psiquiatría la que más experimenta las influencias formadoras de lo histórico y de lo dialéctico. En ninguna otra, como en ella, se da con mayor nitidez la distancia entre curar y sanar. Ninguna está más expuesta, para bien o para mal, a las ideologías que, como sistemas formales o informales de creencias, nos permiten construir la realidad; y a nosotros con ella.

Es para la psiquiatría por tanto de singular interés reflexionar sobre la oposición entre curar y sanar, que es la oposición entre la teoría y el hombre, entre la enfermedad abstracta y la persona concreta. Tan importante es saber qué enfermedad tiene una persona como qué persona tiene una enfermedad.

Esta primera edición en Niram Art Editorial de **FUNDAMENTOS PARA UNA TEORÍA DE LA MEDICINA** de **Fernando Lolas Stepke** (Edición definitiva) se acabó de imprimir en Junio de 20145


editorial
NIRAM ART
Madrid • London • New York

o conducta patógena. Cada objeto existe en un hiperespacio de dimensiones, es muchas cosas al mismo tiempo. Un hospital no es sólo un lugar donde se atiende enfermos; es, también, una comunidad, un edificio que modifica el ambiente, un negocio y un mito. Los microbios no son sólo seres microscópicos; son, también, expresión de una racionalidad tecnocrática que genera instrumentos capaces de verlos; son pretexto para que la industria fabrique antibióticos y vacunas; son expresión de atraso o desarrollo de una sociedad. Vano es hablar de medicina y sociedad, como si no crearan, en todo momento, un plexo de mutuas determinaciones.

Se excusa la ineficacia relativa de la medicina iatrotécnica en base a muchos argumentos. Algunos de orden moral: se hace todo lo que se puede. Otros, más sutiles, se pueden entender en base a un símil. La meteorología, sabemos, es una disciplina que lucha por la exactitud. Todos los días, millones de personas rigen sus vidas por sus pronósticos. Todos los días, parte de esas personas queda decepcionada. El chiste común debería acostumbramos a ese resultado: el pronóstico científico "siempre se equivoca". Pero seguimos escuchando y usando los pronósticos.

Con la medicina pasa algo parecido. Sus éxitos corroboran la validez de su discurso. Sus fracasos son mala suerte, excusada porque se hizo lo que se debía hacer. Lo que se debía hacer es, naturalmente, un objeto conceptual, una construcción que no se convierte en realidad sino hasta después que se la hizo. Entonces, sólo entonces, está la naturaleza de nuestro lado. Mientras hay controversia y discrepancia, se hace lo que otros han hecho, lo que dicta el buen arte de hoy. Como el mito del huevo de Colón, después de la proeza cualquier explicación es aceptable. Debiera reconocerse que la naturaleza conoce razones que la razón desconoce. En realidad, la *naturaleza es el fruto de una controversia resuelta favorablemente.* Entonces "habla" en forma inequívoca; antes, no. La naturaleza, en realidad, es una construcción de los que tienen éxito al dirimir controversias. Son los mismos que, por coincidencia, suelen detentar poder.

Los límites de la medicina son los de su lenguaje, que construye objetos para dar cuenta, explicar y modificar el sufrimiento humano. Sus objetos suelen ser transitorios y cambiantes. Tomándolos de otras disciplinas, parecen puros y asépticos y se contaminarían sólo al ser "aplicados" a asuntos prácticos. La verdad es que los objetos de la medicina, para serlo en propiedad, deben ser reconstruidos en

la pluridimensionalidad de su retórica polisémica. Aunque se parezcan a los de otras disciplinas, son distintos, pues sus connotaciones, los contextos en que se los emplea y las finalidades de su uso, también lo son. La célula del citólogo no es la misma del médico. Existe en un espacio semántico que no incluye, por ejemplo, las inversiones familiares. En cambio, la célula del médico puede asociarse con la muerte del jefe de una poderosa compañía. No hay "razón pura" en la profesión médica. Sus razones son "impuras" por estar contaminadas de muchos intereses. Esto no es paradójico. En realidad, es trivial, y contribuye a explicar la sorprendente fortaleza de los folclores médicos, y muchos éxitos y fracasos que no entendemos.

Como oficio de ayuda, la medicina es siempre producto de una competencia personal. En el encuentro interhumano encuentra su praxis, su fundamento nuclear. Pero encuentro interhumano es algo más que "relación médico-paciente"; este "objeto" desfigura artificialmente las relaciones sociales. Ha sido mal usado como argumento protector de los fueros de la profesión médica sin una elaboración adecuada. La polisemia de los objetos médicos hace ilusoria toda díada insular. Hoy, por lo menos es una *multiada* la que crea, destruye y recrea la medicina. Como instrumento conceptual fue y es útil para presentar procesos que merecen ser descritos y explicados. Como coto cerrado, *sancta sanctorum* profesional, no tiene justificación. Sin superar la etapa de pomposas declaraciones de "humanidad", el discurso convencional sigue repitiendo trivialidades indignas del estado del arte. Su mantención contribuye a la ideología tradicional de la profesión médica y consolida el individualismo biologizante que la ha caracterizado.[21]

LA RACIONALIDAD DE LA MEDICINA

"-Esta bien -asintió el médico. Pero dime: ¿En cuántas partes se divide la Medicina?

-Se divide en dos partes -respondió la joven- . Consiste la primera en el conocimiento de los cuerpos enfermos, y la segunda, en el de los medios que al estado de salud pueden volverlos".

En este dialogo de la historia de Tauaddud , la esclava sabia, que se